



Załącznik nr2 do Zapytania ofertowego 01/03/2017 - CV

CURRICULUM VITAE

DANE WYKONAWCY

Imię i Nazwisko:

.....

Adres:

.....

tel., e-mail.

WYKSZTAŁCENIE:

Rodzaj wykształcenia (uzyskany stopień, tytuł naukowy/uzyskane uprawnienia/posiadane certyfikaty/ ukończone specjalizacje/ kursy itd.)	Data (od - do) Liczba ukończonych godzin (proszę podać w przypadku kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych, specjalizacji, szkoleń zawodowych itp.)	Instytucja

[W celu potwierdzenia spełniania kryteriów Zamawiający oczekuje przedłożenia kopii dyplomów i innych dokumentów potwierdzających posiadane wykształcenie]



DOŚWIADCZENIE:

(poniższą tabelę należy wypełnić w zakresie części, na którą Wykonawca składa ofertę):

Część I – Świadczenie usług w charakterze lekarza specjalisty w dziedzinie geriatry

Doświadczenie zawodowe w dziedzinie geriatry lub gerontologii (miejsce wykonywanej pracy)	Termin (od - do)	Zakres/ rodzaj oferowanych usług
ŁĄCZNIE: [proszę podać ilość lat doświadczenia zawodowego w dziedzinie geriatry lub gerontologii]	

Część II – Świadczenie usług w charakterze lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii

Doświadczenie zawodowe w dziedzinie psychiatrii (miejsce wykonywanej pracy)	Termin (od - do)	Zakres/ rodzaj oferowanych usług
ŁĄCZNIE: [proszę podać ilość lat doświadczenia zawodowego w dziedzinie psychiatrii]	

Część III – Świadczenie usług w charakterze pielęgniarki/ pielęgniarza

Doświadczenie zawodowe zakresu opieki pielęgniarskiej (miejsce wykonywanej pracy)	Termin (od - do)	Zakres/ rodzaj oferowanych usług



ŁĄCZNIE: [proszę podać ilość lat doświadczenia zawodowego z zakresu opieki pielęgniarstwa]	
Doświadczenie z zakresu opieki pielęgniarstwa na rzecz osób starszych i/lub niesamodzielnych i/lub osób z niepełnosprawnością	Termin (od - do)	Zakres/ rodzaj oferowanych usług
ŁĄCZNIE: [proszę podać ilość lat doświadczenia zawodowego z zakresu opieki pielęgniarstwa na rzecz osób starszych i/lub niesamodzielnych i/lub osób z niepełnosprawnością]	

Część IV – Świadczenie usług w charakterze fizjoterapeuty

Doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia rehabilitacji (miejsce wykonywanej pracy)	Termin (od - do)	Zakres/ rodzaj oferowanych usług
ŁĄCZNIE: [proszę podać ilość lat doświadczenia zawodowego w zakresie prowadzenia rehabilitacji]	
Doświadczenie z zakresu prowadzenia rehabilitacji osób	Termin (od - do)	Zakres/ rodzaj oferowanych usług



starszych i/lub niesamodzielnym oraz osób z niepełnosprawnością w warunkach domowych pacjenta		
ŁĄCZNIE: [proszę podać ilość lat doświadczenia zawodowego z zakresu prowadzenia rehabilitacji osób starszych i/lub niesamodzielnym oraz osób z niepełnosprawnością w warunkach domowych pacjenta]	

Część V – Świadczenie usług w charakterze psychologa

Doświadczenie zawodowe z zakresu prowadzenia wsparcia psychologicznego	Termin (od - do)	Zakres/ rodzaj oferowanych usług
ŁĄCZNIE: [proszę podać ilość lat doświadczenia zawodowego z zakresu prowadzenia wsparcia psychologicznego]	
Doświadczenie z zakresu prowadzenia wsparcia psychologicznego dla osób starszych i/lub niesamodzielnym i/lub z niepełnosprawnością	Liczba godzin	Zakres/ rodzaj oferowanych usług
ŁĄCZNIE: [proszę podać ilość godzin doświadczenia zawodowego z zakresu prowadzenia wsparcia psychologicznego dla osób starszych i/lub niesamodzielnym i/lub z niepełnosprawnością]	



Równocześnie oświadczam, że na każde żądanie Zamawiającego dostarczę niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość niniejszego oświadczenia. Będąc świadomym odpowiedzialności karnej zgodnie z art.297 ust 1 Kodeksu Karnego, oświadczam, iż dane powyższe są zgodne z prawdą i stanem faktycznym możliwym do ustalenia na podstawie posiadanej przez Wykonawcę dokumentacji.

.....

miejsowość, data

.....

podpis i osoby upoważnionej