***Załącznik nr 7 do IWZ***

***Wykonawca:***

***Zamawiający:***

*Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości
w Łomży*

 *ul. Akademicka 14*

*18-400 Łomża*

Dotyczy postępowania na świadczenie usług społecznych pn:

**Szkolenie dodatkowe dla studentów zapoznające z egzaminem OSCE - trener symulacji**

**Nr sprawy: KZp.272.2.2020.CSM**

# WYKAZ OSÓB

Oświadczam/-y, że w wykonywaniu zamówienia *będą uczestniczyć następujące osoby:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko****i imię** | **Kwalifikacje zawodowe, wykształcenie, doświadczenie** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobami wymienionymi w kolumnie 1** |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **1** |  | Posiada/nieposiada\* certyfikat Europejskiego Towarzystwa Symulacji Medycznej lub certyfikat równoznaczny z certyfikatem Europejskiego Towarzystwa Symulacji Medycznej, dwuletnie doświadczenie w prowadzeniu kursów z zakresu symulacji medycznej/ posiada doświadczenie w prowadzeniu szkoleń w zakresie egzaminów OSCE |  | **dysponuj**ę**/b**ę**d**ę **dysponował** |
| **2** |  | Posiada/nieposiada\* certyfikat Europejskiego Towarzystwa Symulacji Medycznej lub certyfikat równoznaczny z certyfikatem Europejskiego Towarzystwa Symulacji Medycznej, dwuletnie doświadczenie w prowadzeniu kursów z zakresu symulacji medycznej/ posiada doświadczenie w prowadzeniu szkoleń w zakresie egzaminów OSCE |  | **dysponuj**ę**/b**ę**d**ę **dysponował** |
| **3** |  | Posiada/nieposiada\* certyfikat Europejskiego Towarzystwa Symulacji Medycznej lub certyfikat równoznaczny z certyfikatem Europejskiego Towarzystwa Symulacji Medycznej, dwuletnie doświadczenie w prowadzeniu kursów z zakresu symulacji medycznej/ posiada doświadczenie w prowadzeniu szkoleń w zakresie egzaminów OSCE |  | **dysponuj**ę**/b**ę**d**ę **dysponował** |
| **4** |  | Posiada/nieposiada\* certyfikat Europejskiego Towarzystwa Symulacji Medycznej lub certyfikat równoznaczny z certyfikatem Europejskiego Towarzystwa Symulacji Medycznej, dwuletnie doświadczenie w prowadzeniu kursów z zakresu symulacji medycznej/ posiada doświadczenie w prowadzeniu szkoleń w zakresie egzaminów OSCE |  | **dysponuj**ę**/b**ę**d**ę **dysponował** |
| **5** |  | Posiada/nieposiada\* certyfikat Europejskiego Towarzystwa Symulacji Medycznej lub certyfikat równoznaczny z certyfikatem Europejskiego Towarzystwa Symulacji Medycznej, dwuletnie doświadczenie w prowadzeniu kursów z zakresu symulacji medycznej/ posiada doświadczenie w prowadzeniu szkoleń w zakresie egzaminów OSCE |  | **dysponuj**ę**/b**ę**d**ę **dysponował** |

**Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie rubryki w tabeli i podać informacje, na podstawie których Zamawiający będzie mógł ocenić spełnianie warunku udziału w postępowaniu.**

***\*niepotrzebne skreślić***

*............................................ ...............................................................* *(miejsce i data* ) *(podpis osoby lub osób figurujących w rejestrach
 uprawnionych do reprezentowania wykonawcy lub*

 *uprawnionych we właściwym upoważnieniu)*