Numer referencyjny postępowania:

**SZP/DKA/08/2024 ERGO**

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Nazwa Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adres Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA pn.: „Usługi zarządzania projektem – pełnienie funkcji Kierownika projektu – „2”**

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją   
o podstawie do dysponowania tymi osobami:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, wykształcenie, doświadczenie** | **Okres potwierdzający nabyte kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, wykształcenie, doświadczenie,**  **od - do – podać daty** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja  o podstawie do dysponowania osobami \*** |
| **1** |  | ukończone studia na uczelni medycznej, kierunek lekarski, specjalizacja z dziedziny rehabilitacji medycznej lub medycyny fizykalnej |  |  |  |
| minimum 5 letnie doświadczenie w pracy  z pacjentami ze schorzeniami narządu ruchu, |  |
| minimum 5 letnie doświadczenie na stanowisku kierowniczym |  |

\*należy wpisać podstawę dysponowania osobą np. umowa o pracę, umowa cywilno-prawna, zobowiązanie do współpracy, zobowiązanie innych podmiotów do oddania osoby do dyspozycji Wykonawcy. W przypadku, gdy Wykonawca jest osobą fizyczną, która samodzielnie będzie realizować zamówienie wówczas należy wpisać „**nie dotyczy**

*Dokument podpisany elektronicznie*