Załącznik nr 4 do SWZ

**Oświadczenie w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp**

(składane na wezwanie Zamawiającego w trybie art. 274 ust. 1 ustawy Pzp)

**Pełna nazwa Wykonawcy ...................……………………………………………………..……..……..……….**

**Adres ..........................………….…………………………………………………..…………..……..……..……….**

**NIP/PESEL\*\* ......................................... REGON ...............................................................**

**KRS/CEiDG\*\* ….….......……………………………………..…………………………..…….…………………...……….**

**Adres strony, z której można pobrać ww. dokumenty ………………………………………………………**

**Osoba reprezentująca ............................................………………….……………………………..……….**

**Podstawa reprezentacji ............................……………………………….……………………………..……….**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części**, oświadczam, że:

* należę do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp z następującymi uczestnikami tego postępowania\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (firma) | Siedziba |
|  |  |  |
|  |  |  |

* nie należę do tej samej grupy kapitałowej z uczestnikami postępowania\*

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

\*zaznaczyć właściwe

\*\* w zależności od podmiotu

Załącznik nr 5 do SWZ

**Oświadczenie o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu,   
o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

(składane na wezwanie Zamawiającego w trybie art. 274 ust. 1 ustawy Pzp)

**Pełna nazwa Wykonawcy ...................……………………………………………………..……..……..……….**

**Adres ...................………………………………………………………………………..…………..……..……..……….**

**NIP/PESEL\*\* ......................................... REGON ................................................................**

**KRS/CEiDG\*\* …….......……………………………………..…………………………..…….…………………...……….**

**Adres strony, z której można pobrać ww dokumenty ………………………………………………………**

**Osoba reprezentująca ............................................………………….……………………………..……….**

**Podstawa reprezentacji .........................................………………….……………………………..……….**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części**, oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu dotyczącym spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz przesłanek wykluczenia z postępowania, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp, uwzględniającym przesłanki wykluczenia z art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, złożonym w niniejszym postępowaniu w zakresie podstaw wykluczenia są aktualne.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

\*\* w zależności od podmiotu

Załącznik nr 7 do SWZ

WYKAZ USŁUG

(składane na wezwanie Zamawiającego w trybie art. 274 ust. 1 ustawy Pzp)

**Pełna nazwa Wykonawcy ...................……………………………………………………..……..……..……….**

**Adres ..........................………………………………………………………………..…………..……..……..……….**

**Osoba reprezentująca ............................................………………….……………………………..……….**

**Podstawa reprezentacji .............................……………………………….……………………………..……….**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części**

Oświadczam że, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonałem (lub odpowiednio podmioty z których zasobów korzystam wykonały):

**część ..…… (wpisać numer części)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa szkolenia** | **Nazwa i adres**  **podmiotu na rzecz którego usługa była wykonywana** | **Wartość szkolenia** | **Czas realizacji przedmiotu zamówienia** | |
| **Termin rozpoczęcia (*dzień, miesiąc, rok*)** | **Termin zakończenia (*dzień, miesiąc, rok*)** |
|  | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

UWAGA:

- W sytuacji gdy podmiot realizował zamówienie w ramach konsorcjum powinien wykazać, że faktycznie brał udział w realizacji tego zamówienia.

- Dla każdej usługi wymienionej w wykazie Wykonawca załącza dowody określające, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie Wykonawcy; w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

- Wykonawca, który polega na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów, musi udowodnić Zamawiającemu, że realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów, w szczególności przedstawiając zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

Załącznik nr 8.1 do SWZ

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA część 1**

**(W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU)**

Przystępując do postępowania pn.: **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części**,niniejszym oświadczam, że skierujemy do realizacji zamówienia w poniższej części następującego trenera

**Część 1 Szkolenia z użyciem RStudio i języka programowania R**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Wykształcenie (ze wskazaniem stopnia zawodowego/naukowego)** | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń -** należy podać liczbę lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat - określonych powyżej**  Należy podać dla każdego szkolenia:  - nazwę szkolenia  - tematykę przeprowadzonego szkolenia  - liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkoleń  - daty dzienne przeprowadzonego szkolenia | **Podstawa dysponowania osobą wskazana w kol. Nr 2 (umowa o pracę/umowa cywilno-prawna)** |
|  |  | Oświadczam, że trener posiada  ……………………… lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

Załącznik nr 8.2 do SWZ

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA część 2**

**(W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU)**

Przystępując do postępowania pn.: **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części,** niniejszym oświadczam, że skierujemy do realizacji zamówienia w poniższej części następującego trenera

**Część 2:** **Przeprowadzenie szkolenia z użyciem oprogramowania RStudio i z użyciem języka programowania R**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Wykształcenie (ze wskazaniem stopnia zawodowego/naukowego)** | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń -** należy podać liczbę lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat - określonych powyżej**  Należy podać dla każdego szkolenia:  - nazwę szkolenia  - tematyka przeprowadzonego szkolenia  - liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkoleń  - daty dzienne przeprowadzonego szkolenia | **Podstawa dysponowania osobą wskazana w kol. Nr 2 (umowa o pracę/umowa cywilno-prawna)** |
|  |  | Oświadczam, że trener posiada  ……………………… lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

Załącznik nr 8.3 do SWZ

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA część 3**

**(W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU)**

Przystępując do postępowania pn **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części,** niniejszym oświadczam, że skierujemy do realizacji zamówienia w poniższej części następującego trenera

**Część 3:** **Badania molekularne technika - Real-time PCR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Wykształcenie (ze wskazaniem stopnia zawodowego/naukowego)** | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń -** należy podać liczbę lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat - określonych powyżej**  Należy podać dla każdego szkolenia:  - nazwę szkolenia  - obszar przeprowadzonego szkolenia  - liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkoleń  - daty dzienne przeprowadzonego szkolenia | **Podstawa dysponowania osobą wskazana w kol. Nr 2 (umowa o pracę/umowa cywilno-prawna)** |
|  |  | Oświadczam, że trener posiada  ……………………… lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

Załącznik nr 8.4 do SWZ

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA część 4**

**(W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU)**

Przystępując do postępowania pn.: **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części,** niniejszym oświadczam, że skierujemy do realizacji zamówienia w poniższej części następującego trenera

**Część 4: Kurs cytometrii przepływowej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Wykształcenie (ze wskazaniem stopnia zawodowego/naukowego)** | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń -** należy podać liczbę lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat - określonych powyżej**  Należy podać dla każdego szkolenia:  - nazwę szkolenia  - obszar przeprowadzonego szkolenia  - liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkoleń  - daty dzienne przeprowadzonego szkolenia | **Podstawa dysponowania osobą wskazana w kol. Nr 2 (umowa o pracę/umowa cywilno-prawna)** |
|  |  | Oświadczam, że trener posiada  ……………………… lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

Załącznik nr 8.5 do SWZ

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA część 5**

**(W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU)**

Przystępując do postępowania pn.: **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części,** niniejszym oświadczam, że skierujemy do realizacji zamówienia w poniższej części następującego trenera

**Część 5: Kurs bioinformatyczny dla dydaktyków**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Wykształcenie (ze wskazaniem stopnia zawodowego/naukowego)** | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń -** należy podać liczbę lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat - określonych powyżej**  Należy podać dla każdego szkolenia:  - nazwę szkolenia  - obszar przeprowadzonego szkolenia  - liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkoleń  - daty dzienne przeprowadzonego szkolenia | **Podstawa dysponowania osobą wskazana w kol. Nr 2 (umowa o pracę/umowa cywilno-prawna)** |
|  |  | Oświadczam, że trener posiada  ……………………… lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

Załącznik nr 8.6 do SWZ

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA część 6**

**(W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU)**

Przystępując do postępowania pn.: **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części,** niniejszym oświadczam, że skierujemy do realizacji zamówienia w poniższej części następującego trenera

**Część 6: Warsztaty prowadzenie i monitorowanie badań klinicznych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Wykształcenie (ze wskazaniem stopnia zawodowego/naukowego)** | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń -** należy podać liczbę lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat - określonych powyżej**  Należy podać dla każdego szkolenia:  - nazwę szkolenia  - tematyka przeprowadzonego szkolenia  - liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkoleń  - daty dzienne przeprowadzonego szkolenia | **Podstawa dysponowania osobą wskazana w kol. Nr 2 (umowa o pracę/umowa cywilno-prawna)** |
|  |  | Oświadczam, że trener posiada  ……………………… lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

Załącznik nr 8.7 do SWZ

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA część 7**

**(W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU)**

Przystępując do postępowania pn.: **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części,** niniejszym oświadczam, że skierujemy do realizacji zamówienia w poniższej części następującego trenera

**Część 7: Kurs zaawansowany obsługi narzędzi dydaktycznych cyfrowych w nauczaniu przedmiotów morfologicznych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Wykształcenie (ze wskazaniem stopnia zawodowego/naukowego)** | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń -** należy podać liczbę lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat - określonych powyżej**  Należy podać dla każdego szkolenia:  - nazwę szkolenia  - obszar przeprowadzonego szkolenia  - liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkoleń  - daty dzienne przeprowadzonego szkolenia | **Podstawa dysponowania osobą wskazana w kol. Nr 2 (umowa o pracę/umowa cywilno-prawna)** |
|  |  | Oświadczam, że trener posiada  ……………………… lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

Załącznik nr 8.8 do SWZ

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA część 8**

**(W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU)**

Przystępując do postępowania pn.: **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części,** niniejszym oświadczam, że skierujemy do realizacji zamówienia w poniższej części następującego trenera

**Część 8: Kurs IT w szpitalu i gabinecie lekarskim z elementami telemedycyny**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Wykształcenie (ze wskazaniem stopnia zawodowego/naukowego)** | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń -** należy podać liczbę lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat - określonych powyżej**  Należy podać dla każdego szkolenia:  - nazwę szkolenia  -- tematyka przeprowadzonego szkolenia  - liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkoleń  - daty dzienne przeprowadzonego szkolenia | **Podstawa dysponowania osobą wskazana w kol. Nr 2 (umowa o pracę/umowa cywilno-prawna)** |
|  |  | Oświadczam, że trener posiada  ……………………… lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

Załącznik nr 8.9 do SWZ

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA część 9**

**(W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU)**

Przystępując do postępowania pn.: **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części,** niniejszym oświadczam, że skierujemy do realizacji zamówienia w poniższej części następującego trenera

**Część 9: Kurs bioinformatyczny dla studentów**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Wykształcenie (ze wskazaniem stopnia zawodowego/naukowego)** | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń -** należy podać liczbę lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat - określonych powyżej**  Należy podać dla każdego szkolenia:  - nazwę szkolenia  - obszar przeprowadzonego szkolenia  - liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkoleń  - daty dzienne przeprowadzonego szkolenia | **Podstawa dysponowania osobą wskazana w kol. Nr 2 (umowa o pracę/umowa cywilno-prawna)** |
|  |  | Oświadczam, że trener posiada  ……………………… lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  Obszar - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

Załącznik nr 8.10 do SWZ

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA część 10**

**(W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU)**

Przystępując do postępowania pn.: **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części,** niniejszym oświadczam, że skierujemy do realizacji zamówienia w poniższej części następującego trenera

**Część 10 Kurs IT w szpitalu i gabinecie lekarskim z elementami telemedycyny**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Wykształcenie (ze wskazaniem stopnia zawodowego/naukowego)** | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń -** należy podać liczbę lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | **Doświadczenie  w prowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat - określonych powyżej**  Należy podać dla każdego szkolenia:  - nazwę szkolenia  - tematyka przeprowadzonego szkolenia  - liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkoleń  - daty dzienne przeprowadzonego szkolenia | **Podstawa dysponowania osobą wskazana w kol. Nr 2 (umowa o pracę/umowa cywilno-prawna)** |
|  |  | Oświadczam, że trener posiada  ……………………… lat doświadczenia w prowadzeniu szkoleń | Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |
| Nazwa szkolenia ……………………………  tematyka - …………………………………………  Liczba godzin dydaktycznych szkolenia  ……………………………………………………….  Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |  |

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**

Załącznik nr 9 do SWZ

*……………………………………………………………………….*

*(nazwa podmiotu oddającego potencjał)*

**ZOBOWIĄZANIE**

**do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia**

Ja:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu, stanowisko (właściciel, prezes zarządu, członek zarządu, prokurent, upełnomocniony reprezentant itp.\*)*

Działając w imieniu i na rzecz:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa Podmiotu)*

**Zobowiązuję się do oddania nw. zasobów na potrzeby wykonania zamówienia:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(określenie zasobu – wiedza i doświadczenie, osoby zdolne do wykonania zamówienia,*

*zdolności finansowe lub ekonomiczne)*

**do dyspozycji Wykonawcy:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa Wykonawcy)*

**przy wykonywaniu zamówienia pod nazwą**

**Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części**

Oświadczam, iż:

1. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) zakres i okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. będę realizował następujące roboty, do realizacji których są wymagane wskazane zdolności: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

\*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 10 do SWZ

**Oświadczenie, o którym mowa w art. 117 ust. 4 ustawy Pzp**

(składane w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się   
o udzielenie zamówienia publicznego)

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze bioinformatyki z egzaminem na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 10 części**,

działając na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy Pzp oświadczamy, iż Wykonawcy wspólnie ubiegający się   
o udzielenie zamówienia zrealizują przedmiotowe zamówienie w zakresie określonym w tabeli:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa Wykonawcy | Zakres zamówienia realizowany przez Wykonawcę |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**