WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymagania Zamawiającego** | **Dane osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia**  | **Informacje dot. kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia osób, a także zakres wykonywania przez nich czynności**  | **Informacja o podstawie do****dysponowania tymi osobami** |
| **Szkolenie dla nauczycieli - zastosowanie symulacji medycznej w kształceniu studentów pielęgniarstwa** |
|  |   |   |   |
| **Staż dla technika symulacji medycznej i informatyka** |
|  |   |   |   |
| **Szkolenie praktyczne dla studentów kierunku pielęgniarstwo – podstawy symulacji medycznej** |
|  |   |   |   |
| **Szkolenie dla studentów kierunku pielęgniarstwo zapoznające z metodą egzaminowania OSCE** |
|  |   |   |   |
| **Wsparcie eksperta w zakresie opracowania scenariuszy symulacji medycznej** |
|  |   |   |   |

Uwaga:

do wykazu należy dołączyć dowody określające czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie Wykonawcy.

*................................................ .....................................................................*

 *(miejsce, data) (podpis/podpisy osoby/osób uprawnionych/upoważnionych*

 *do reprezentowania wykonawcy)*