

Projekt "Comparison of ustekinumab, infliximab and COMBinatiOn therapy in moderately-to-severely active Ulcerative Colitis – the head to head COMBO-UC trial" finansowany jest ze środków Agencji Badań Medycznych w ramach Konkursu na badania head-to-head w zakresie niekomercyjnych badań klinicznych lub eksperymentów badawczych, nr ABM/2022/3. Numer umowy: 2022/ABM/03/00013.

**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Nr postępowania: ZP/122/2024**

**WYKAZ OSÓB**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn: Obsługa badania klinicznego pt.: ”Comparison of ustekinumab, infliximab and COMBinatiOn therapy in moderately-to-severely active Ulcerative Colitis – the head-to-head COMBO-UC trial” [Porównanie monoterapii ustekinumabem, infliksymabem i terapii podwójnej we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego - badanie head-to-head (COMBO-UC)], finansowanego ze środków Agencji Badań Medycznych w ramach konkursu ABM/2022/3 w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu dotyczących dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, wskazujemy następujące osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, którymi dysponujemy lub będziemy dysponować na okres realizacji zamówienia:

| **LP** | **Imię i nazwisko** | **Opis kwalifikacji zawodowych i doświadczenia**(potwierdzający spełnienie warunków opisanych w pkt 5.3.4 lit. b) SWZ) | **Informacja o podstawie do dysponowania** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczamy, iż:

1. Osoby wymienione w poz. ……………………………………… wykazu stanowią zasoby innego podmiotu, którymi będziemy dysponować, na zasadach określonych w art. 118 ustawy z dnia 11 września 2019 r., Prawo zamówień publicznych, w celu realizacji zamówienia. Na potwierdzenie, czego składamy stosowne dowody, w szczególności zobowiązania, o których mowa w art. 118 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych oraz w pkt. 5.5 SWZ. Pozostałymi osobami wymienionymi w wykazie dysponujemy\*\*
2. Dysponujemy wszystkimi osobami wymienionymi w wykazie\*\*

**\*\*** - niepotrzebne skreślić

**Wykaz osób – Załącznik nr 6 do SWZ ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**