**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Składany na wezwanie Zamawiającego**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**  |

Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji pn:

**usługa PRZEPROWADZENIa szkolenia z obszaru zarządzania zmianą**.

znak sprawy: DZP.371.19.2022,

oświadczamy, że wskazane osoby skierowane do realizacji zamówienia publicznegoposiadają kwalifikacje określone w punkcie 1.4) Rozdział XIV SWZ, niezbędne do należytego wykonania przedmiotu zamówienia, w tym:

DLA CZĘŚCI ………………… (**Proszę wpisać odpowiedni numer części 1, 2**)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  | **Informacja o podstawie dysponowania wskazanym trenerem** |
|  |  |
| **Rodzaj wykształcenia wyższego (mgr):** |  |
| **Posiada doświadczenie w realizacji projektów transformacji organizacji (zmiany) obejmujące co najmniej 3 projekty, w tym co najmniej jeden projekt w sektorze ochrony zdrowia** | **Tytuł projektu nr 1** ………………………………………………………………………..Okres realizacji projektu: ………………………………………………………………………..Cele projektu: ………………………………………………………………………..Nazwa organizacji w której projekt zrealizowano: ……………………………………………………………………..**Tytuł projektu nr 2** ………………………………………………………………………..Okres realizacji projektu: ………………………………………………………………………..Cele projektu: ………………………………………………………………………..Nazwa organizacji w której projekt zrealizowano: ……………………………………………………………………..**Tytuł projektu nr 3** ………………………………………………………………………..Okres realizacji projektu: ………………………………………………………………………..Cele projektu: ………………………………………………………………………..Nazwa organizacji w której projekt zrealizowano: …………………………………………………………………….. |
| **Posiada minimum 10 lat doświadczenia w pracy trenerskiej obejmującej zmiany w organizacjach** | Organizacja ………………………………..Okres zatrudnienia………………………………Organizacja ………………………………..Okres zatrudnienia………………………………Organizacja ………………………………..Okres zatrudnienia……………………………… |
| **Posiada certyfikat trenerski** | Wydany przez ………………………………….. Proszę o dołączenie kopii certyfikatu. |