**ZAŁĄCZNIK NR 8 DO SWZ**

**Wykonawca**

(*pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)***:**

……………………………………

……………………………………

……………………………………

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

(kryterium oceniane - doświadczenie osób wchodzących w skład zespołu realizacyjnego (D))

**Składany wraz z ofertą w postępowaniu pn.: „Kompleksowe usługi prawne” – sprawa nr 48/TP/2024/JS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Punktacja | Wymagane doświadczenie osoby, która będzie realizowała usługę | Informacje podawane przez Wykonawcę |
| 1 | 0-10-20 pkt | Wykonawca zapewni **1 prawnika** posiadającego doświadczenie w obsłudze prawnej Instytutu Badawczego prowadzącego badania naukowe lub prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu uczestniczącego w systemie ochrony zdrowia zgodnie z ustawą z dnia 30 kwietnia 2010 r. – o instytutach badawczych – zwanego dalej „Instytutem” (ocenie podlega tylko jedna osoba, która będzie wykonywała usługę w siedzibie Zamawiającego):  - w przypadku świadczenia pomocy prawnej dla **jednego** Instytutu w siedzibie Zamawiającego przez okres minimum 365 (**10 pkt**)  - w przypadku świadczenia pomocy prawnej dla **dwóch** Instytutów w siedzibach Zamawiających przez okres minimum 365 dni (**20 pkt**)  Zamawiający przyzna punkty w kryterium (D) tylko, jeśli Wykonawca złoży wymagany wykaz i dokumenty potwierdzające informacje zawarte w wykazie i potwierdzające spełnienie warunków punktowanych | **Imię i Nazwisko**  **……………………………………………………………………………..**  (*Należy podać)*  **……………………………………………………………………………………………….**  **…..…………………………………………………………………………………………..**  *Należy podać podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana i datę (dd/mm/rrrr –dd/mm/rrrr) wykonania usługi.*  **……………………………………………………………………………………………….**  **…..…………………………………………………………………………………………..**  *Należy podać podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana i datę (dd/mm/rrrr –dd/mm/rrrr) wykonania usługi.* |
| 2 | 0-10 pkt | Wykonawca zapewni **1 osobę** do obsługi Zamawiającego (w siedzibie i/lub zdalnie) posiadającego dodatkowe kwalifikacje w obszarze badań klinicznych:  - osoba posiadająca ukończone studia podyplomowe związane bezpośrednio z badaniami klinicznymi.  Wykonawca przedstawi w/w dyplom (oryginał lub kopię) potwierdzający ww. doświadczenie. | **Imię i Nazwisko**  **……………………………………………………………………………..**  *(Należy podać)*  **……………………………………………………………………………………………….**  **…..…………………………………………………………………………………………..**  *Należy podać nazwę uczelni, tytuł studiów podyplomowych, nr dyplomu, rok ukończenia studiów.* |
| 3 | 10 pkt | Wykonawca zapewni **1 osobę** do obsługi Zamawiającego (w siedzibie i/lub zdalnie) posiadającego dodatkowe kwalifikacje w obszarze badań klinicznych:  - osoba posiadająca certyfikat Good Clinical Practice (GCP) lub równoważny tj. charakteryzujący się następującymi elementami: certyfikat z dziedziny merytorycznej wynikającej z roli której dotyczy, potwierdzony egzaminem, wydany przez właściwą, niezależną akredytowaną jednostkę certyfikującą.  Wykonawca przedstawi w/w certyfikat (oryginał lub kopię) potwierdzający ww. doświadczenie. | **Imię i Nazwisko**  **……………………………………………………………………………..**  (*Należy podać)*  **……………………………………………………………………………………………….**  **…..…………………………………………………………………………………………..**  *Należy podać nr certyfikatu, datę wydania.* |

**W ww. kryterium oferta może uzyskać maksymalnie 40 pkt.**

Należy podać wszystkie informacje pozwalające na ocenę czy wszystkie elementy doświadczenia opisanego w rubryce „**Dodatkowe doświadczenie osób skierowanych do prac”** są spełnione i przyznanie odpowiedniej ilości punktów. W przypadku braku wypełnienia lub niekompletnej informacji w rubryce „odpowiedź Wykonawcy”, Wykonawca otrzyma 0 punktów.

Wykonawca, który chce uzyskać punkty w kryterium doświadczenie osób wchodzących w skład zespołu realizacyjnego (D), zobligowany jest do załączenia do oferty **Załącznika nr 8 do SWZ wraz z dowodami potwierdzającymi powyższe informacje**

**OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSTKIE POWYŻSZE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE**

*UWAGA:*

*1. Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf*

*2. Wykaz musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym.*

*3. Wykaz należy załączyć do oferty.*

…………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika