**Oznaczenie sprawy: SZP/P-PU/13/2024- ABM**

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Część nr 1**

**Nazwa Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adres Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją   
o podstawie do dysponowania tymi osobami:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, wykształcenie, doświadczenie** | **Okres potwierdzający nabyte kwalifikacje zawodowe, uprawnienia - numer, wykształcenie, doświadczenie,**  **od - do – podać zakres dat**  **PODAĆ/**  **OKREŚLIĆ** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja  o podstawie do dysponowania osobami \*** |
| **1.** |  | lekarz ze specjalizacją z neurologii lub neurologii dziecięcej lub pediatrii, |  | usługi eksperta z obszaru SMA dla grupy wiekowej od  0 do 17 roku życia |  |
| posiada prawo wykonywania zawodu, |  |
| posiada minimum 2-letnie doświadczenie w leczeniu pacjentów z rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA), |  |
| posiada doświadczenie  w zakresie leczenia farmakologicznego osób  z rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA). |  |

\*należy wpisać podstawę dysponowania osobą np. umowa o pracę, umowa cywilno-prawna, zobowiązanie do współpracy, zobowiązanie innych podmiotów do oddania osoby do dyspozycji Wykonawcy. W przypadku, gdy Wykonawca jest osobą fizyczną, która samodzielnie będzie realizować zamówienie wówczas należy wpisać „**nie dotyczy”.**

*Dokument podpisany elektronicznie*