**Nr sprawy: ZP/30/2024 Załącznik nr 6 do SWZ**

**Nazwa postępowania: Usługa pełnienia roli CRO (Clinical Research Organisation) w ramach realizowanego projektu: „Comparison of ustekinumab, infliximab and COMBinatiOn therapy in moderately-to-severely active Ulcerative Colitis – the head to head COMBO-UC trial”**

**WYKAZ OSÓB**

1. Imię i nazwisko osoby:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Opis kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia, wykształcenia, zakresu wykonywanych czynności (potwierdzający spełnienie warunków opisanych w 5.3. pkt 4) lit. b):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Informacja o podstawie do dysponowania osobą:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Imię i nazwisko osoby:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Opis kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia, wykształcenia, zakresu wykonywanych czynności (potwierdzający spełnienie warunków opisanych w 5.3. pkt 4) lit. b):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Informacja o podstawie do dysponowania osobą:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Imię i nazwisko osoby:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Opis kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia, wykształcenia, zakresu wykonywanych czynności (potwierdzający spełnienie warunków opisanych w 5.3. pkt 4) lit. b):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Informacja o podstawie do dysponowania osobą:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczamy, iż:

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

**\*** - niepotrzebne skreślić

**Wykaz osób – zał. nr 6 do SWZ musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**