

Projekt "Wielkopolskie Centrum Medycyny Cyfrowej" finansowany jest ze środków Agencji Badań Medycznych w ramach Konkursu Tworzenie i rozwój Regionalnych Centrów Medycyny Cyfrowej, nr ABM/2023/2. Numer umowy: 2023/ABM/02/00007-00.

**Załącznik 8 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

**(wg § 9 ust. 1 pkt 3) Rozp. Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dn. 23.12.2020 w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy – Dz.U. z 2020r. poz. 2415 ze zm.)**

Nazwa Wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres czynności  w realizacji zamówienia (w tym funkcja, w której Wykonawca skieruje tę osobę do realizacji zamówienia)** | **Opis posiadanych kwalifikacji zawodowych i wykształcenia** | **Podstawa do dysponowania osobą** | **Doświadczenie o jakim mowa w pkt. 18.1 ppkt 4 lit. b) SWZ - wykazywane na potrzebę spełnienia warunku udziału w postępowaniu**  UWAGA: Należy dokładnie opisać doświadczenie posiadane przez wskazane osoby – uwzględniając wszelkie aspekty konieczne dla weryfikacji spełniania warunków udziału. |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **1.** | **imię i nazwisko ………………** |  |  |  |  |
| **2.** | **imię i nazwisko ………………** |  |  |  |  |
| **3.** | **imię i nazwisko ………………** |  |  |  |  |
| **4.** | **imię i nazwisko ………………** |  |  |  |  |
| **5.** | **imię i nazwisko ………………** |  |  |  |  |
| **6.** | **imię i nazwisko ………………** |  |  |  |  |
| **7.** | **imię i nazwisko ………………** |  |  |  |  |

Uwaga! Wykonawca ma obowiązek zamieścić w niniejszym wykazie wszystkie informacje niezbędne dla oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu, o którym mowa w 18.1 ppkt 4 lit. b) SWZ

**Oświadczamy, że wyżej wskazani członkowie zespołu Wykonawcy posiadają wymagane certyfikaty; należy wpisać jakie, w kolumnie „4” - Opis posiadanych kwalifikacji zawodowych i wykształcenia. W przypadku wyboru niniejszej oferty certyfikaty te zostaną przedłożone Zamawiającemu przed podpisaniem umowy.**

Miejscowość i Data

*Formularz należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

osób/-y uprawnionych/-ej