**Zał. 9**

**Zamawiający:**

Szpital Powiatowy w Jarocinie Sp. z o.o.

ul. Szpitalna 1

63-200 Jarocin

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

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

**w celu potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu pn.:**

**Kompleksowa usługa doradcza i nadzorcza w celu poprawy funkcjonowania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym w Jarocinie Sp. z o.o. wraz z utrzymaniem optymalizacji kosztowej uzyskanej w ramach realizacji umowy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Osoby skierowane do realizacji zamówienia  (Imię i nazwisko) | Kwalifikacje zawodowe, wykształcenie doświadczenie | Tak/Nie  (Wpisać właściwe dla danej osoby) | Uwagi: | Zakres  wykonywanych  czynności podczas realizacji zamówienia, którego dotyczy niniejsza SWZ | \*Podstawa dysponowania osobami |
| **1** |  | Lekarz specjalista medycyny ratunkowej |  |  |  |  |
| Osoba w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej |  |  |
| osoba w okresie ostatnich 2 lat przed upływem terminu składania ofert była odpowiedzialna za proces rozliczeń świadczeń udzielanych w SOR |  | Jeśli tak, podać dane podmiotu, w którym doświadczenie to było zdobyte (wraz z danymi kontaktowymi):  …………………………………..  ………………………………….. |
| osoba posiada minimum dwuletnie doświadczenie w zarządzaniu lub koordynowaniu pracy szpitalnego oddziału ratunkowego w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert. |  | Jeśli tak, podać dane podmiotu, w którym doświadczenie to było zdobyte (wraz z danymi kontaktowymi):  Dane kontaktowe: …………………………………..  ………………………………….. |
| **2** |  | Lekarz specjalista medycyny ratunkowej |  |  |  |  |
| Osoba w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej |  |  |  |  |
| osoba w okresie ostatnich 2 lat przed upływem terminu składania ofert była odpowiedzialna za proces rozliczeń świadczeń udzielanych w SOR |  | Jeśli tak, podać dane podmiotu, w którym doświadczenie to było zdobyte (wraz z danymi kontaktowymi):  …………………………………..  ………………………………….. |  |  |
| osoba posiada minimum dwuletnie doświadczenie w zarządzaniu lub koordynowaniu pracy szpitalnego oddziału ratunkowego w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert. |  | Jeśli tak, podać dane podmiotu, w którym doświadczenie to było zdobyte (wraz z danymi kontaktowymi):  Dane kontaktowe: …………………………………..  ………………………………….. |  |  |
| **3** |  | Lekarz specjalista medycyny ratunkowej |  |  |  |  |
| Osoba w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej |  |  |  |  |
| osoba w okresie ostatnich 2 lat przed upływem terminu składania ofert była odpowiedzialna za proces rozliczeń świadczeń udzielanych w SOR |  | Jeśli tak, podać dane podmiotu, w którym doświadczenie to było zdobyte (wraz z danymi kontaktowymi):  …………………………………..  ………………………………….. |  |  |
| osoba posiada minimum dwuletnie doświadczenie w zarządzaniu lub koordynowaniu pracy szpitalnego oddziału ratunkowego w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert. |  | Jeśli tak, podać dane podmiotu, w którym doświadczenie to było zdobyte (wraz z danymi kontaktowymi):  Dane kontaktowe: …………………………………..  ………………………………….. |  |  |

*Wykonawca powinien podać informacje na podstawie, których zamawiający będzie mógł ocenić spełnienie warunku udziału w postępowaniu,* o którym mowa w SWZ w ust.VII pkt 4 a) oraz ust.VII pkt 4 b)

**\*** Wykonawca powinien wskazać, na jakiej podstawie dysponuje lub będzie dysponował osobami wskazanymi do realizacji zamówienia będącego przedmiotem niniejszego postępowania. Należy precyzyjnie określić podstawę do dysponowania wskazaną osoba, tj. np. pracownik własny (umowa o pracę), umowa zlecenie, umowa o dzieło, czy jest to pracownik oddany do dyspozycji przez inny podmiot. Jeżeli Wykonawca polega na zasobach innego podmiotu załącza do oferty pisemne zobowiązanie tego podmiotu do oddania mu do dyspozycji osoby/osób z uprawnieniami jak wskazano w tabeli, na okres korzystania tej/ tych osoby/osób przy wykonywaniu zamówienia lub inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że Wykonawca realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów**.**

................................................................................

/ miejscowość, data/ Nazwa wykonawcy/