L.Dz./PRO-dzpz/467/2019 Załącznik nr 6a do siwz

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

(nazwa/firma, adres Wykonawcy, pieczęć firmowa)

**WYKAZ OSÓB – Część 1**

Wykaz osób, które będą prowadzić szkolenia i mają ukończone studia wyższe na kierunku medycznym (lekarskim, pielęgniarskim lub ratownictwa medycznego) oraz mają doświadczenie w prowadzeniu zajęć kierunkowych lub specjalistycznych na kierunku medycznym lekarskim, pielęgniarskim lub ratownictwa medycznego (min. 100 godzin dydaktycznych w ciągu ostatnich 3 lat).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności (funkcja)** | **Kwalifikacje zawodowe, doświadczenie,****wykształcenie,****uprawnienia** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą** |
|  |  |  | Dysponuję osobą na podstawie: umowy ..……….………..\*podwykonawstwa\*innego stosunku prawnego\*………………………. |
|  |  |  | Dysponuję osobą na podstawie: umowy ..……….………..\*podwykonawstwa\*innego stosunku prawnego\*………………………. |

\* niepotrzebne skreślić

................................., dnia...................... ……………………………………..……..

(pieczęć i podpisy upoważnionego/ych

przedstawicieli wykonawcy)