*Załącznik nr 3*

**WYKAZ OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postepowaniu

w zakresie doświadczenia i kwalifikacji\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Imię i nazwisko***  | ***Nr części zamówienia*** | ***Warunek udziału*** | ***TAK / NIE[[1]](#footnote-1)*** | ***Uwagi / informacje dodatkowe*** |
| 1. | ………………………………………………….. | Część nr …….. | posiada minimum tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa i/lub pielęgniarka ze specjalizacją zawodową |  | *Proszę wpisać posiadany tytuł zawodowy:* |
| posiada wysoki poziom wiedzy merytorycznej z zakresu tematycznego zajęć, które mają zostać przeprowadzone |  |  |
| posiada czynne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki |  |  |
| posiada staż pracy w podmiocie leczniczym minimum 5 lat na stanowisku pielęgniarki – zgodnie z nauczanym przedmiotem |  | *Proszę wpisać posiadany staż pracy, miejsce/a zatrudnienia:* |
| 2. |  | Część nr ……… | posiada minimum tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa i/lub pielęgniarka ze specjalizacją zawodową |  | *Proszę wpisać posiadany tytuł zawodowy:* |
| posiada wysoki poziom wiedzy merytorycznej z zakresu tematycznego zajęć, które mają zostać przeprowadzone |  |  |
| posiada czynne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki |  |  |
| posiada staż pracy w podmiocie leczniczym minimum 5 lat na stanowisku pielęgniarki – zgodnie z nauczanym przedmiotem |  | *Proszę wpisać posiadany staż pracy, miejsce/a zatrudnienia:* |

*… Tabelę proszę wypełnić dla wszystkich osób, które będą realizowały usługi.*

Tabela do części 18 - 21. Organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu **Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo ginekologiczno – położnicze**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Imię i nazwisko***  | ***Nr części zamówienia*** | ***Warunek udziału*** | ***TAK / NIE[[2]](#footnote-2)*** | ***Uwagi / informacje dodatkowe*** |
| 1. | ………………………………………………….. | Część nr …….. | minimum tytuł zawodowy magistra położnictwa, bądź tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub położna ze specjalizacją zawodową |  | *Proszę wpisać posiadany tytuł zawodowy:* |
| posiada wysoki poziom wiedzy merytorycznej z zakresu tematycznego zajęć, które mają zostać przeprowadzone |  |  |
| posiada czynne prawo wykonywania zawodu położnej |  |  |
| posiada staż pracy w podmiocie leczniczym (minimum 5 lat) na stanowisku położnej – zgodnie z nauczanym przedmiotem |  | *Proszę wpisać posiadany staż pracy, miejsce/a zatrudnienia:* |

…

\*Zamawiające zastrzega sobie prawo żądania przed podpisaniem umowy z wybranym Wykonawcą kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem dokumentów potwierdzających posiadanie odpowiedniego doświadczenia i kwalifikacji.

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

Miejscowość, data podpis Wykonawcy

1. Proszę wpisać właściwą odpowiedź. [↑](#footnote-ref-1)
2. Proszę wpisać właściwą odpowiedź. [↑](#footnote-ref-2)