*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*** | ***Warunek udziału*** | ***TAK / NIE[[1]](#footnote-1)*** | ***Uwagi / informacje dodatkowe*** |
| 1. | ………………………………………………….. | 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:* |

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

Miejscowość, data podpis Wykonawcy

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