**Załącznik nr 6 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB**

**PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI USŁUGI WRAZ Z OKREŚLENIEM ICH KWALIFIKACJI**

Usługi zabezpieczenia medycznego działalności szkoleniowej (nr sprawy: ZP/05/2025)

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie Wykonawca dysponuje niżej wymienionymi pracownikami, którzy będą uczestniczyć w realizacji zamówienia publicznego pn. „**Usługa zabezpieczenia medycznego działalności szkoleniowej**”- nr sprawy: **ZP/05/2025**, którzy posiadają wykształcenie:

1. Ratownik medyczny - posiadający kwalifikacje zgodnie z art. 10 lub art. 58 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, tj. wykształcenie wyższe (tytuł zawodowy licencjata lub magistra) na kierunku (specjalności) ratownik medyczny lub dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny;
2. pielęgniarka systemu w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2024.652 t.j.), tj. posiadać tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub anastezjologii i intensywnej opieki lub chirurgii lub kardiologii lub pediatrii albo posiadać ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub anastezjologii i intensywnej opieki lub chirurgii lub kardiologii lub pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym

**W kolumnie 4 należy wpisać**: *nazwę ukończonej szkoły oraz nr i datę wystawienia dokumentu potwierdzającego posiadane wykształcenie,*

**W kolumnie 5 należy wpisać**: *numer i datę ważności zezwolenia na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi.*

**W kolumnie 6 należy**:*uzupełnić dla każdej osoby, którą będzie dysponował Wykonawca podczas realizacji zamówienia, zgodnie ze wskazaniem zawartym w kolumnie.*

Skład zespołu medycznego będą stanowiły dwie osoby (ratownik medyczny i/lub pielęgniarka systemu) z poniższego składu:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **imię i nazwisko** | **zawód/funkcja** | **ukończona szkoła (nazwa, nr dyplomu, data ukończenia szkoły)** | **zezwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi** | | **podstawa dysponowania daną osobą** |
| **numer zezwolenia** | **data ważności zezwolenia** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 |
| **CZĘŚĆ 1** | | | | | | |
| 1 |  | ratownik medyczny / pielęgniarka systemu\* |  |  |  | Podstawa dysponowania osobą: \*   * umowa o pracę * umowa zlecenia * umowa o dzieło * właściciel (*osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą)* * zobowiązanie innego podmiotu * inne *(podać jakie)*   …………………...…… |
| 2 |  | ratownik medyczny / pielęgniarka systemu\* |  |  |  | Podstawa dysponowania osobą: \*   * umowa o pracę * umowa zlecenia * umowa o dzieło * właściciel (*osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą)* * zobowiązanie innego podmiotu * inne *(podać jakie)*   …………………...…… |
| **CZĘŚĆ 2** | | | | | | |
| 1 |  | ratownik medyczny / pielęgniarka systemu\* |  |  |  | Podstawa dysponowania osobą: \*   * umowa o pracę * umowa zlecenia * umowa o dzieło * właściciel (*osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą)* * zobowiązanie innego podmiotu * inne *(podać jakie)*   …………………...…… |
| 2 |  | ratownik medyczny / pielęgniarka systemu\* |  |  |  | Podstawa dysponowania osobą: \*   * umowa o pracę * umowa zlecenia * umowa o dzieło * właściciel (*osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą)* * zobowiązanie innego podmiotu * inne *(podać jakie)*   …………………...…… |
| 3 |  | ratownik medyczny / pielęgniarka systemu\* |  |  |  | Podstawa dysponowania osobą: \*   * umowa o pracę * umowa zlecenia * umowa o dzieło * właściciel (*osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą)* * zobowiązanie innego podmiotu * inne *(podać jakie)*   …………………...…… |
| 4 |  | ratownik medyczny / pielęgniarka systemu\* |  |  |  | Podstawa dysponowania osobą: \*   * umowa o pracę * umowa zlecenia * umowa o dzieło * właściciel (*osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą)* * zobowiązanie innego podmiotu * inne *(podać jakie)*   …………………...…… |

***\* - niepotrzebne skreślić***

***Uwaga!***

1. ***Przez pojęcie „dysponowanie osobą” należy rozumieć stosunek jaki łączy Wykonawcę ze wskazanym podmiotem w kolumnie nr 2 - Imię i Nazwisko.***
2. ***Z informacji zamieszczonych w wykazie musi jednoznacznie wynikać, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w pkt. V ppkt. 1.4.1. SWZ.***
3. ***Wykonawca, przed udzieleniem zamówienia zobowiązuje się, w przypadku wyboru jego oferty, przedstawić aktualne dokumenty potwierdzające posiadanie przez wyżej wymienione osoby uczestniczące w realizacji zamówienia w/w kwalifikacje i uprawnienia.***
4. ***W przypadku osoby oddanej w dyspozycję, Wykonawca załączy do oferty pisemne zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia, stanowiące zał. nr 8 do SWZ.***

*W przypadku wykazania mniejszej ilości osób niż wymagana przez zamawiającego w pkt V ppkt 1.4.1. SWZ, oferta Wykonawcy podlegać będzie odrzuceniu na podstawie art. 226 ust.1 pkt 5 ustawy.*

**UWAGA:**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**