##### Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego nr 1

**Wykonawca:**

………………………………………

reprezentowany przez:

………………………………………

**Wykaz osób,**

**którymi dysponuje wykonawca, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia pn.: **pełnienie funkcji Koordynatora programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej** prowadzonego przez **Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.**, oświadczam/my, że dysponuję/emy następującymi osobami, które będą uczestniczyć w wykonywaniu ww. zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **imię i nazwisko**  **osoby, która będzie bezpośrednio wykonywała obowiązki związane z realizacją zamówienia** | **podstawa dysponowania** | **wymagania dla danej funkcji** |
|  |  | Osoba ta:  - posiada wykształcenie wyższe i legitymuje się tytułem magister fizjoterapii – specjalista fizjoterapii lub lekarz – specjalista rehabilitacji medycznej oraz  **tak/nie\***  - w ciągu ostatnich 10 lat przed upływem terminu składania ofert, przez co najmniej 5 lat pełniła funkcję koordynatora programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej lub kierowała podmiotem leczniczym wykonującym usługi fizjoterapeutyczne lub zajmowała stanowisko kierownicze w komórce podmiotu leczniczego odpowiedzialnej za świadczenie usług fizjoterapeutycznych.  **tak/nie\***  **\*niepotrzebne skreślić** |

\* **Uwaga** Wykonawca powinien wskazać, na jakiej podstawie będzie dysponował osobami wskazanymi do realizacji zamówienia (np. wykonywanie osobiste, umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, potencjał podmiotu trzeciego zgodnie z art. 26 ust 2b ustawy Pzp itp. per analogiam).

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 kodeksu karnego.

…………….…….*,* dnia ………….……. r. …………………………………………

*(miejscowość)* *(podpis)*