**WYKAZ OSÓB**

Wykonawca:

..........................................................

**Oświadczam, iż dysponuję osobami, które na co dzień uczestniczyć będą w wykonywaniu zamówienia w liczbie wynikającej z Załącznika nr 9 do SWZ** – „***Wymagany minimalny dobowy harmonogram pracy personelu realizującego usługę”* w tym osobami posiadającymi następujące kwalifikacje tj.:**

UWAGA*:*

*W tabeli należy wskazać wyłącznie informacje dotyczące :*

* *minimum 20 osób posiadających* *uprawnienia sanitariusza szpitalnego lub opiekuna medycznego przeznaczonymi do pracy przy realizacji niniejszego zamówienia*
* *minimum 1 osobę posiadającą nie mniej niż 4 letnie doświadczenie w zakresie nadzoru usług i osób objętych zamówieniem o parametrach usługi określonych w warunku udziału w postępowaniu pkt 11 ppkt 2 a) SWZ – usługa druga „*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** *(ukończone kursy, szkolenia, certyfikaty lub.)*  *Identyfikator wpisu do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego)* | **Doświadczanie**  *(wskazać podmiot w którym była realizowana usługa, okres czasu wykonywania czynności nadzoru, zakres czynności, powierzchnię wewnętrzną obiektu oraz liczbę łóżek w obsługiwanej jednostce służby zdrowia oraz 12 miesięczną wartość kontraktu* | **Zakres czynności** | **Podstawa do dysponowania:**  ***dysponowanie pośrednie/dysponowanie bezpośrednie\**** |
|  |  | XXXXXXXXXXXXXX |  | *Nadzór nad usługą i osobami*  *realizującymi zamówienie* |  |
|  |  |  | XXXXXXXXXXXXX | *Opiekun medyczny/sanitariusz szpitalny**\** |  |
| ..... |  |  | XXXXXXXXXXXXX | *opiekun medyczny/sanitariusz szpitalny\** |  |
| ..... |  |  | XXXXXXXXXXXXX | *opiekun medyczny/sanitariusz szpitalny\** |  |
| 21) |  |  | XXXXXXXXXXXXX | *opiekun medyczny/sanitariusz szpitalny\** |  |

***\*****Niepotrzebne skreślić*