**Znak sprawy nr DAG/PN/7/19 Załącznik nr 9 do SIWZ**

Pieczęć Wykonawcy

**Wykaz osób,**

które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagania** | **Imię i nazwisko** |

|  |
| --- |
| **Wskazać ilość lat doświadczenia zawodowego na stanowisku trenera/instruktora symulacji medycznej** |

 | **Wykształcenie (uczelnia, kierunek, specjalizacja)** | **Informacja o podstawie do****Dysponowania osobami (np.****umowa o pracę, umowa o dzieło, itp. osobiście wraz z informacją: dysponuję/będę dysponował)** |
| 1. | Instruktor mający co najmniej 3 letnie doświadczenie w prowadzeniu zajęć dla uczelni wyższych na kierunkach medycznych w zakresie przygotowania kadry do pracy w CSM |  |  |  |  |
| 2. | Instruktor posiadający doświadczenie w prowadzeniu zajęć z wykorzystaniem symulacji medycznej dla studentów kierunku pielęgniarstwo, ratownictwo medycznego lub kierunku lekarskiego w polskiej lub zagranicznej uczelni: minimum 3 lata |  |  |  |  |
| 3. | Instruktor posiadający doświadczenie w zakresie symulacji medycznej, potwierdzone certyfikatem EuSim lub równoważnym |  |  |  |  |
| 4. | Instruktor posiadający co najmniej 2 letnie doświadczenie w prowadzeniu szkoleń w zakresie pisania scenariuszy symulacyjnych  |  |  |  |  |
| 5. | Instruktor mający doświadczenie w prowadzeniu szkoleń instruktorskich w zakresie BLS: min. 3 szkolenia instruktorskie w ciągu ostatnich 2 lat |  |  |  |  |
| 6. | Instruktor mający doświadczenie w prowadzeniu szkoleń instruktorskich w zakresie ALS: min. 3 szkolenia instruktorskie w ciągu ostatnich 2 lat |  |  |  |  |
| 7. | Instruktor mający doświadczenie w prowadzeniu szkoleń instruktorskich w zakresie PALS: min. 2 szkolenia instruktorskie w ciągu ostatnich 2 lat |  |  |  |  |

Oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane wykształcenie, doświadczenie, kwalifikacje.

........................................., dn. .........................

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

Podpis osób uprawnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu

Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki