**Załącznik nr 2 do Zapytania Ofertowego**

**W Y K A Z O S Ó B**

**skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia**

Wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji niniejszego zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania niniejszego zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

Wykonawca spełni warunek, jeżeli wykaże, że dysponuje co najmniej 1 edukatorem, skierowanym do realizacji przedmiotu zamówienia, który:

1. nie jest pracownikiem partnerów projektu, to jest Agencji Badań Medycznych w Warszawie i/lub Stowarzyszenia Na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce (GCPpl) – zgodnie zapisami z rozdziału 3 pkt 1 lit. r ; rozdział 6 punkt 6.15 podpunkt 12 opisanych w „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”.
2. posiada min. 1 rok doświadczenia praktycznego w prowadzeniu/zarządzaniu badaniami klinicznymi
3. posiada min. 1 rok doświadczenia w prowadzeniu zajęć dydaktycznych/edukacyjnych/szkoleniowych.

Oświadczam, że kieruję niżej wymienionego edukatora/ów do realizacji przedmiotu zamówienia, który nie jest pracownikiem partnerów projektu, to jest Agencji Badań Medycznych w Warszawie i/lub Stowarzyszenia Na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce (GCPpl) – zgodnie zapisami z rozdziału 3 pkt 1 lit. r ; rozdział 6 punkt 6.15 podpunkt 12 opisanych w „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020” i posiada następujące doświadczenie:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | **Edukator skierowany do realizacji przedmiotu zamówienia:**  Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………  Podstawa do dysponowania (*umowa zlecenie, umowa o pracę, osobiście, itp.*)  ……………………………………………………………………………… |
| Edukator posiada doświadczenie praktyczne:  w prowadzeniu/zarządzaniu badaniami klinicznymi  TAK/NIE \*  1 rok 2 lata 3 lata i więcej (podać ile)  ***(zaznaczyć właściwe)\****  **Opisać posiadane doświadczenie praktyczne:** |
| Edukator posiada …………….roczne/letnie ***(min. 1 rok - wpisać ile)*** doświadczenie w prowadzeniu zajęć dydaktycznych/edukacyjnych/szkoleniowych ***(zakreślić właściwe)*** |

**UWAGA:**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji prawdziwości ww. informacji poprzez żądanie od Wykonawcy przedłożenia dokumentów dotyczących edukatora potwierdzających powyższe, w szczególności: kopii dokumentów potwierdzających poziom i kierunek wykształcenia, kopii dokumentów potwierdzających staż pracy (np.: świadectwa pracy, zaświadczenia o zatrudnieniu), kopii dokumentów potwierdzających doświadczenie wymagane na danym stanowisku pracy (np.: świadectwa pracy; zakresy obowiązków; zaświadczenia o zatrudnieniu, wykonywaniu umowy cywilnoprawnej, kursach, stażach, praktykach, wolontariatach itp.

Wykonawca może dostosować rozmiary rubryk w tabeli w zależności od potrzeb.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*podpis osoby upoważnionej*

*(czytelny imienny podpis lub podpis z imienną pieczątką)*