Załącznik nr 5 do SIWZ

12/PSMED/2017

**Wykaz osób oraz ich kwalifikacji i doświadczenia,**

**które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia dla części nr …………………**

pn.: Przeglądy …………………………………………….

 ( wpisać nazwę sprzętu)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko | Kwalifikacje zawodowe( podać dokument przez kogo wydany, uprawniający do przeglądów tego rodzaju1 sprzętu ) | Posiada / nie posiada autoryzację producenta aparatu lub uprawnionego dystrybutora tego typu2 sprzętu( wpisać nazwę producenta lub dystrybutora)**Parametr punktowany** | Doświadczenie(podać ile lat wykonuje tego rodzaju czynności dla tego typu sprzętu)**Parametr punktowany** | Informacja o podstawie do dysponowania osobami :(wpisać "**dysponuję"** lub "**polegam** **na zasobach innych podmiotów "**) *Jeśli Wykonawca „****polega…”*** *to w tej komórce należy wpisać również :***„Pisemne zobowiązanie podmiotu w załączeniu z ofertą „***i załączyć takie zobowiązanie*  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1 – rodzaj sprzętu - to np. defibrylatory, respiratory itd.

2- typ sprzętu – to np. defibrylatory Lifepak, respiratory AMBU-Matic itd.

Jeżeli Wykonawca poda w załączniku nr 5 kilka osób o różnym doświadczeniu Zamawiający będzie oceniał w kryterium osobę o najkrótszym doświadczeniu.

Jeżeli Wykonawca poda w załączniku nr 5 kilka osób i nie wszystkie osoby będą posiadać autoryzację producenta, to Zamawiający będzie oceniał w kryterium osobę, która nie posiada autoryzacji .

Wykonawca , na wezwanie Zamawiającego przedłoży dokument potwierdzający autoryzację producenta ( jeśli posiada ) wystawioną dla osób wskazanych w tabeli oraz dokumenty potwierdzające doświadczenie.

 ……………………………………………………….. Podpis Wykonawcy