|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Sprawy:** |  |
| **Wykonawca(y)** *(Nazwa i adres)***:** |  |

***Załącznik nr 6 do SWZ***

**WYKAZ OSÓB**

Oświadczamy, że osoby wskazane poniżej, które będą uczestniczyły w realizacji zamówienia, posiadają odpowiednie kwalifikacje zawodowe i doświadczenie odpowiadające warunkom określonym w pkt 10.5.4.2. SWZ

|  |
| --- |
| Eksperci prezentujący temat „***Zasady tworzenia protokołu badania klinicznego – planowanie badania klinicznego”:*** |
| 1 | **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… |
| **Wykształcenie wyższe:***(należy zaznaczyć)** medyczne
* farmaceutyczne
* przyrodnicze
* w zakresie nauk o zdrowiu
 |
| **Doświadczenie zawodowe:***(należy zaznaczyć)** doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano wykład/seminarium | Nazwa i opis wykładu/seminarium wraz z podaniem ich liczby godzin dydaktycznych | Termin przeprowadzenia wykładu/seminarium  |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |
| 4) |  |  |  |
| 5) |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej”)** przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | Pełniona rola w szkoleniu |
| 1) |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych”)* |
| **……. lat doświadczenia zawodowego związanego z tworzeniem protokołów i planowaniem badań klinicznych:***(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………. |
| 2 | **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… |
| **Wykształcenie wyższe:***(należy zaznaczyć)** medyczne
* farmaceutyczne
* przyrodnicze
* w zakresie nauk o zdrowiu
 |
| **Doświadczenie zawodowe:***(należy zaznaczyć)** doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano wykład/seminarium | Nazwa i opis wykładu/seminarium wraz z podaniem ich liczby godzin dydaktycznych | Termin przeprowadzenia wykładu/seminarium  |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |
| 4) |  |  |  |
| 5) |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej”)** przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | Pełniona rola w szkoleniu |
| 1) |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych”)* |
| **……. lat doświadczenia zawodowego związanego z tworzeniem protokołów i planowaniem badań klinicznych:***(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| Eksperci prezentujący temat *„****Metodologia badań empirycznych w medycynie i zastosowanie statystyki w badaniach biomedycznych”****:* |
| 1 | **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… |
| **Wykształcenie wyższe:***(należy zaznaczyć)** medyczne
* farmaceutyczne
* przyrodnicze
* w zakresie nauk o zdrowiu
 |
| **Doświadczenie zawodowe:***(należy zaznaczyć)** doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano wykład/seminarium | Nazwa i opis wykładu/seminarium wraz z podaniem ich liczby godzin dydaktycznych | Termin przeprowadzenia wykładu/seminarium  |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |
| 4) |  |  |  |
| 5) |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej”)** przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | Pełniona rola w szkoleniu |
| 1) |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych”)* |
| **……. lat doświadczenia zawodowego w obszarze statystyki w badaniach biomedycznych:***(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………. |
| 2 | **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… |
| **Wykształcenie wyższe:***(należy zaznaczyć)** medyczne
* farmaceutyczne
* przyrodnicze
* w zakresie nauk o zdrowiu
 |
| **Doświadczenie zawodowe:***(należy zaznaczyć)** doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano wykład/seminarium | Nazwa i opis wykładu/seminarium wraz z podaniem ich liczby godzin dydaktycznych | Termin przeprowadzenia wykładu/seminarium  |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |
| 4) |  |  |  |
| 5) |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej”)** przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | Pełniona rola w szkoleniu |
| 1) |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych”)* |
| **……. lat doświadczenia zawodowego w obszarze statystyki w badaniach biomedycznych:***(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| Eksperci prezentujący temat *„****Zakup leku i placebo do badania klinicznego”****:* |
| 1 | **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… |
| **Wykształcenie wyższe:***(należy zaznaczyć)** medyczne
* farmaceutyczne
* przyrodnicze
* w zakresie nauk o zdrowiu
 |
| **Doświadczenie zawodowe:***(należy zaznaczyć)** doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano wykład/seminarium | Nazwa i opis wykładu/seminarium wraz z podaniem ich liczby godzin dydaktycznych | Termin przeprowadzenia wykładu/seminarium  |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |
| 4) |  |  |  |
| 5) |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej”)** przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | Pełniona rola w szkoleniu |
| 1) |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych”)* |
| **……. lat doświadczenia w obszarze pozyskiwania produktów badanych:***(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………. |
| 2 | **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… |
| **Wykształcenie wyższe:***(należy zaznaczyć)** medyczne
* farmaceutyczne
* przyrodnicze
* w zakresie nauk o zdrowiu
 |
| **Doświadczenie zawodowe:***(należy zaznaczyć)** doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano wykład/seminarium | Nazwa i opis wykładu/seminarium wraz z podaniem ich liczby godzin dydaktycznych | Termin przeprowadzenia wykładu/seminarium  |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |
| 4) |  |  |  |
| 5) |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej”)** przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | Pełniona rola w szkoleniu |
| 1) |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych”)* |
| **……. lat doświadczenia w obszarze pozyskiwania produktów badanych:***(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| Eksperci prezentujący temat *„****Kwestia zwolnienia produktu badanego (aktywny składnik lub placebo). Dobra praktyka wytwarzania (GMP). Osoba wykwalifikowana i jej rola”****:* |
| 1 | **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… |
| **Wykształcenie wyższe:***(należy zaznaczyć)** medyczne
* farmaceutyczne
* przyrodnicze
* w zakresie nauk o zdrowiu
 |
| **Doświadczenie zawodowe:***(należy zaznaczyć)** doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano wykład/seminarium | Nazwa i opis wykładu/seminarium wraz z podaniem ich liczby godzin dydaktycznych | Termin przeprowadzenia wykładu/seminarium  |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |
| 4) |  |  |  |
| 5) |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej”)** przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | Pełniona rola w szkoleniu |
| 1) |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych”)* |
| **……. lat doświadczenia w pełnieniu funkcji osoby wykwalifikowanej „Qualified person (QP)”:***(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………. |
| 2 | **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… |
| **Wykształcenie wyższe:***(należy zaznaczyć)** medyczne
* farmaceutyczne
* przyrodnicze
* w zakresie nauk o zdrowiu
 |
| **Doświadczenie zawodowe:***(należy zaznaczyć)** doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano wykład/seminarium | Nazwa i opis wykładu/seminarium wraz z podaniem ich liczby godzin dydaktycznych | Termin przeprowadzenia wykładu/seminarium  |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |
| 4) |  |  |  |
| 5) |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej”)** przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | Pełniona rola w szkoleniu |
| 1) |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych”)* |
| **……. lat doświadczenia w pełnieniu funkcji osoby wykwalifikowanej „Qualified person (QP)”:***(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| Eksperci prezentujący temat *„****Quality – wytyczne dotyczące zapewnienia jakości na wszystkich etapach procesu rozwoju i rejestracji leków”****:* |
| 1 | **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… |
| **Wykształcenie wyższe:***(należy zaznaczyć)** medyczne
* farmaceutyczne
* przyrodnicze
* w zakresie nauk o zdrowiu
 |
| **Doświadczenie zawodowe:***(należy zaznaczyć)** doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano wykład/seminarium | Nazwa i opis wykładu/seminarium wraz z podaniem ich liczby godzin dydaktycznych | Termin przeprowadzenia wykładu/seminarium  |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |
| 4) |  |  |  |
| 5) |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej”)** przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | Pełniona rola w szkoleniu |
| 1) |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych”)* |
| **……. lat doświadczenia w obszarze zapewnienia jakości produktów badanych:***(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………. |
| 2 | **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… |
| **Wykształcenie wyższe:***(należy zaznaczyć)** medyczne
* farmaceutyczne
* przyrodnicze
* w zakresie nauk o zdrowiu
 |
| **Doświadczenie zawodowe:***(należy zaznaczyć)* * doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano wykład/seminarium | Nazwa i opis wykładu/seminarium wraz z podaniem ich liczby godzin dydaktycznych | Termin przeprowadzenia wykładu/seminarium  |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |
| 4) |  |  |  |
| 5) |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „doświadczenie w obszarze działalności edukacyjno–dydaktycznej”)** przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | Pełniona rola w szkoleniu |
| 1) |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |

*(należy wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „przeprowadzenie 5 szkoleń w obszarze badań klinicznych”)* |
| **……. lat doświadczenia w obszarze zapewnienia jakości produktów badanych:***(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| Osoba/osoby pełniąca/e rolę tłumacza migowego |
| 1 | **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… |
| **Kwalifikacje:**Osoba posiada certyfikat T2 Polskiego Związku Głuchych lub równoważny tj. ………………………………………. |
| **Doświadczenie zawodowe:***(należy zaznaczyć)*……. lat doświadczenia w zakresie tłumaczenia na PJMOpis doświadczenia zawodowego: *(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*……………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………… |
| 2 | **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… |
| **Kwalifikacje:**Osoba posiada certyfikat T2 Polskiego Związku Głuchych lub równoważny tj. ………………………………………. |
| **Doświadczenie zawodowe:***(należy zaznaczyć)*……. lat doświadczenia w zakresie tłumaczenia na PJMOpis doświadczenia zawodowego: *(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*……………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………… |

***Należy pamiętać o opatrzeniu Wykazu kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym.***