|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Sprawy:** **ABM-ZP-18/2022** | |
| **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

\**należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu*

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Prelegent pierwszy wskazany do realizacji tematu ***„Główny Badacz i Współbadacz w badaniu klinicznym”:*** |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Wykształcenie wyższe** * **Udział w …… badaniu/ach klinicznych jako Główny Badacz lub Współbadacz\*:**   ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………… |
| 2 | Prelegent drugi wskazany do realizacji tematu ***„Pielęgniarka w badaniu klinicznym”:*** |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Wykształcenie wyższe na kierunku pielęgniarstwo** * **Doświadczenie w pełnieniu funkcji pielęgniarki w ……. badaniu/ach klinicznym/ch w ciągu ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert\*:**   ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………… |
| 3 | Prelegent trzeci wskazany do realizacji tematu ***„Farmaceuta w badaniu klinicznym”***: |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Wykształcenie wyższe farmaceutyczne** * **Doświadczenie w pełnieniu funkcji farmaceuty w …… badaniu/ach klinicznym/ch w ciągu ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert\*:**   ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………… |
| 4 | Prelegent czwarty wskazany do realizacji tematu ***„Koordynator w badaniu klinicznym”:*** |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Wykształcenie wyższe** * **……. lat doświadczenia na stanowisku Koordynator badań klinicznych lub analogicznym, polegającym na koordynacji prowadzenia badań klinicznych w ośrodku\*:**   ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………… |
| 5 | Prelegent piąty wskazany do realizacji tematu ***„Monitor w badaniu klinicznym”:*** |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Wykształcenie wyższe** * **……. lat doświadczenia na stanowisku Monitor badań klinicznych lub analogicznym polegającym na monitorowaniu przebiegu badania klinicznego z ramienia Sponsora/firmy CRO \*:**   ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………… |
| 6 | Prelegent szósty wskazany do realizacji tematu ***„Praca w profesjonalnym ośrodku badań klinicznych na przykładzie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych”*** |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Wykształcenie wyższe** * **……. lat doświadczenia w pracy w obszarze badań klinicznych\*:**   ……………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………   * **zatrudnienie na podstawie …………………….. w Centrum Wsparcia Badań Klinicznych pn.: ……………………..., adres ……………………..., na stanowisku ……………………..** |
| 7 | Prelegent siódmy wskazany do realizacji tematu ***„Jak rozpocząć pracę w obszarze badań klinicznych? Rekrutacja.”:*** |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Wykształcenie wyższe** * **……. lat doświadczenia w pracy rekrutera w branży ochrony zdrowia\*:**   ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………… |
| 8 | Prelegent ósmy wskazany do realizacji tematu ***„Jak sponsor badania klinicznego szuka odpowiedniego badacza do prowadzenia badania klinicznego?”:*** |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Wykształcenie wyższe** * **……. lat doświadczenia w pracy w firmie farmaceutycznej na stanowisku związanym z realizacją badań klinicznych\*:**   ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………… |
| 9 | Osoba/osoby pełniąca/e rolę tłumacza migowego” |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Osoba posiada certyfikat T2 Polskiego Związku Głuchych lub równoważny tj. ……………………………………….** * **……. lat doświadczenia w zakresie tłumaczenia na PJM\*:**   ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………… |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Osoba posiada certyfikat T2 Polskiego Związku Głuchych lub równoważny tj. ……………………………………….** * **……. lat doświadczenia w zakresie tłumaczenia na PJM\*:**   ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

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