|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Sprawy:** **ABM-ZP-3/2023** | |
| **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

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Prelegent pierwszy wskazany do realizacji tematu: „**Procedura wydawania pozwolenia na badania kliniczne w kontekście Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE oraz projektu ustawy o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi.”** |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Wykształcenie wyższe** * **Doświadczenie dydaktyczno-szkoleniowe** (przeprowadzenie minimum trzech szkoleń w ciągu ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert)**:**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Lp. | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | | 1) |  |  |  | | 2) |  |  |  | | 3) |  |  |  |  * **… lat doświadczenia zawodowego w pracy na stanowisku związanym z badaniami klinicznymi lub świadczeniem usług doradczych/eksperckich dla branży medycznej lub branży badań klinicznych.**   *(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*  …………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………… |
| 2 | Prelegent drugi wskazany do realizacji tematu: **„System oceny etycznej badań klinicznych produktów leczniczych określony w projekcie ustawy o badaniach klinicznych produktów leczniczych”** |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Wykształcenie wyższe** * **Doświadczenie dydaktyczno-szkoleniowe** (przeprowadzenie minimum trzech szkoleń w ciągu ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert)**:**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Lp. | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | | 1) |  |  |  | | 2) |  |  |  | | 3) |  |  |  |  * **… lat doświadczenia zawodowego w pracy na stanowisku związanym z badaniami klinicznymi lub świadczeniem usług doradczych/eksperckich dla branży medycznej lub branży badań klinicznych.**   *(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*  …………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………… |
| 3 | Prelegent trzeci wskazany do realizacji tematu: **„System gwarancyjny dla uczestników badań klinicznych określony w projekcie ustawy o badaniach klinicznych produktów leczniczych”.** |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Wykształcenie wyższe** * **Doświadczenie dydaktyczno-szkoleniowe** (przeprowadzenie minimum trzech szkoleń w ciągu ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert)**:**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Lp. | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | | 1) |  |  |  | | 2) |  |  |  | | 3) |  |  |  |  * **… lat doświadczenia zawodowego w pracy na stanowisku związanym z badaniami klinicznymi lub świadczeniem usług doradczych/eksperckich dla branży medycznej lub branży badań klinicznych.**   *(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*  …………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………… |
| 4 | Prelegent czwarty wskazany do realizacji tematu**: „Omówienie pozostałych zmian regulacyjnych wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE oraz projektu ustawy o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi.”** |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Wykształcenie wyższe** * **Doświadczenie dydaktyczno-szkoleniowe** (przeprowadzenie minimum trzech szkoleń w ciągu ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert)**:**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Lp. | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego wykonano szkolenie | Nazwa i opis szkolenia | Termin przeprowadzenia szkolenia | | 1) |  |  |  | | 2) |  |  |  | | 3) |  |  |  |  * **… lat doświadczenia zawodowego w pracy na stanowisku związanym z badaniami klinicznymi lub świadczeniem usług doradczych/eksperckich dla branży medycznej lub branży badań klinicznych.**   *(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*  …………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………… |
| 5 | **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:**   *(należy szczegółowo opisać, aby* *Zamawiający mógł jednoznacznie stwierdzić, że został spełniony wymagany warunek udziału w postępowaniu )*  ……………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………….. |
| * **Imię i Nazwisko:** ……………………………………………………………………………… * **Osoba posiada certyfikat T2 Polskiego Związku Głuchych lub równoważny tj. ……………………………………….** * **……. lat doświadczenia w zakresie tłumaczenia na PJM:**   *(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.***