|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Sprawy: ABM-ZP-9/2022** | |
| **Wykonawca(y)** *(Nazwa i adres)***:** |  |

*Załącznik nr 5 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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. Biegły Rewident** | | |
|  | *Wymagania:* | *Potwierdzenie wymagań (opis spełniania)* |
| **Imię i Nazwisko:** …………………………………………. | | |
| uprawnienia | posiada uprawnienia biegłego rewidenta, wpisana na listę biegłych rewidentów prowadzoną przez Krajową Izbę Biegłych Rewidentów | TAK/NIE  *(wskazać właściwe)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **B. Osoba wskazana do realizacji zamówienia w zakresie analiz finansowych** | | |
|  | *Wymagania:* | *Potwierdzenie wymagań (opis spełniania)* |
| **Imię i Nazwisko:** …………………………………………. | | |
| wykształcenie | wyższe na kierunkach: zarządzanie lub ekonomia lub finanse i rachunkowość lub rynki finansowe lub analityka biznesu lub informatyka i ekonometria | wyższe na kierunku: ……………………….. *(podać)* |
| doświadczenie | doświadczenie w przeprowadzaniu badań sprawozdań finansowych podmiotów wymienionych w art. 64 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217 ze zm.), tj.: w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert uczestniczył w badaniu sprawozdań finansowych nie mniej niż 10 podmiotów wymienionych w art. 64 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217) | *Wymienić, opisać oraz wskazać daty badań sprawozdań finansowych dla podmiotów wymienionych w art. 64 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217 ze zm.) (co najmniej 10), w których wskazana osoba uczestniczyła:*  **Badanie nr 1:**  - nazwa podmiotu: ……  - rodzaj podmiotu*:* …….  - data badania: …………….  **Badanie nr 2:**  - nazwa podmiotu: ……  - rodzaj podmiotu*:* …….  - data badania: …………….  **Badanie nr (…):**  - nazwa podmiotu: ……  - rodzaj podmiotu*:* …….  - data badania: ……………. |
| znajomość języka angielskiego | znajomość języka angielskiego na poziomie minimum B2 w skali globalnej biegłości językowej według „Common European Framework of Reference for Languages: learning, teaching, assessment (C.FR) – Europejski system opisu kształcenia językowego: uczenie się, nauczanie, ocenianie (ESOKJ)” | TAK/NIE  *(wskazać właściwe)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C. Osoba wskazana do realizacji zamówienia w zakresie oceny racjonalności założeń budżetu projektów** | | |
|  | *Wymagania:* | *Potwierdzenie wymagań (opis spełniania)* |
| **Imię i Nazwisko:** …………………………………………. | | |
| wykształcenie | wykształcenie wyższe na kierunkach: zarządzanie lub ekonomia lub finanse i rachunkowość lub rynki finansowe lub analityka biznesu lub informatyka i ekonometria | wyższe na kierunku: ……………………….. *(podać)* |
| doświadczenie | doświadczenie w doradztwie w zakresie udzielania pomocy publicznej, tj.: w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert uczestniczył w przygotowaniu co najmniej 10 ekspertyz/opinii z zakresu udzielania pomocy publicznej | *Wymienić, opisać oraz wskazać daty przeprowadzenia ekspertyz/opinii z zakresu udzielania pomocy publicznej*  **Ekspertyza/opinia nr 1:**  - nazwa podmiotu: ……  - przedmiot ekspertyzy/opinii*:* …….  - data wykonania: ……….  **Ekspertyza/opinia nr 2:**  - nazwa podmiotu: ……  - przedmiot ekspertyzy/opinii*:* …….  - data wykonania: ……….  **Ekspertyza/opinia nr (...):**  - nazwa podmiotu: ……  - przedmiot ekspertyzy/opinii*:* …….  - data wykonania: ………… |
| znajomość języka angielskiego | znajomość języka angielskiego na poziomie minimum B2 w skali globalnej biegłości językowej według „Common European Framework of Reference for Languages: learning, teaching, assessment (C.FR) – Europejski system opisu kształcenia językowego: uczenie się, nauczanie, ocenianie (ESOKJ)” | TAK/NIE  *(wskazać właściwe)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D. Osoba wskazana do realizacji zamówienia w zakresie analizy w zakresie wywiadu gospodarczego przedsiębiorstw** | | |
|  | *Wymagania:* | *Potwierdzenie wymagań (opis spełniania)* |
| **Imię i Nazwisko:** …………………………………………. | | |
| wykształcenie | wykształcenie wyższe | TAK/NIE  *(wskazać właściwe)* |
| doświadczenie | znajomość zasad i sposobu wyceny sprzętów medycznych i usług medycznych i ustalania ich ceny rynkowej, tj. w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert wykonała wyceny wraz z ustaleniem ceny rynkowej dla co najmniej 10 sprzętów medycznych/usług medycznych | *Wymienić, opisać oraz wskazać daty wykonania wyceny wraz z ustaleniem ceny rynkowej dla co najmniej 10 sprzętów medycznych/usług medycznych*  **Wycena nr 1:**  - przedmioty wyceny: ……  - ustalono cenę rynkową*:* Tak/Nie *(wskazać właściwe)*  - data wyceny: …………….  **Wycena nr 2:**  - przedmioty wyceny: ……  - ustalono cenę rynkową*:* Tak/Nie *(wskazać właściwe)*  - data wyceny: …………….  **Wycena nr (…):**  - przedmioty wyceny: ……  - ustalono cenę rynkową*:* Tak/Nie *(wskazać właściwe)*  - data wyceny: ……………. |
| znajomość języka angielskiego | znajomość języka angielskiego na poziomie minimum B2 w skali globalnej biegłości językowej według „Common European Framework of Reference for Languages: learning, teaching, assessment (C.FR) – Europejski system opisu kształcenia językowego: uczenie się, nauczanie, ocenianie (ESOKJ)” | TAK/NIE  *(wskazać właściwe)* |

Zamawiający dopuszcza, aby jedna osoba wykazała spełnienie wymogów wskazanych w pkt 10.5.4.2. B), C), D) SWZ.

Zamawiający zastrzega, że osoba wskazana do potwierdzenia wymagań z pkt 10.5.4.2. A) nie może być wskazana do spełnienia wymogów wskazanych w pkt 10.5.4.2. B), C), D).

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