|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 PJM  Opis 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 PJM  Opis 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.***