Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 8

…………………………………………

*(nazwa i adres wykonawcy)*

# WYKAZ OSÓBSKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

Dotyczy:

**Szkolenia w ramach projektu pn. „Utworzenie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej środkiem do poprawy jakości kształcenia pielęgniarek
w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie”**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię  i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Wykształcenie  | Zakres wykonywanych czynności | Opis doświadczeniado wykazania spełnienia warunku zgodnie z rozdz. VII ust. 6 pkt 3 SWZ | Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami |
| Stopień wykształcenia  | Nauczyciel akademicki  | *np. umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło*  |
| 1. |  | lekarz\*pielęgniarka /położna \*ratownik medyczny \* | *średnie\***wyższe\** | *tak\***nie\** | *trener symulacji /instruktor symulacji/technik* |  |  |
| 2. |  | lekarz\*pielęgniarka /położna \*ratownik medyczny \* | *średnie\***wyższe\** | *tak\***nie\** | *trener symulacji /instruktor symulacji/technik* |  |  |
| 3. |  | lekarz\*pielęgniarka /położna \*ratownik medyczny \* | *średnie\***wyższe\** | *tak\***nie\** | *trener symulacji /instruktor symulacji/technik* |  |  |
| 4. |  | lekarz\*pielęgniarka /położna \*ratownik medyczny \* | *średnie\***wyższe\** | *tak\***nie\** | *trener symulacji /instruktor symulacji/technik* |  |  |
| 5. |  | lekarz\*pielęgniarka /położna \*ratownik medyczny \* | *średnie\***wyższe\** | *tak\***nie\** | *trener symulacji /instruktor symulacji/technik* |  |  |
| 6. |  | lekarz\*pielęgniarka /położna \*ratownik medyczny \* | *średnie\***wyższe\** | *tak\***nie\** | *trener symulacji /instruktor symulacji/technik* |  |  |
| 7. |  | Psycholog  | *wyższe* | *------------* | *trener symulacji /instruktor symulacji* |  |  |
| 8. |  | lekarz\*pielęgniarka /położna \*ratownik medyczny \* | *średnie\***wyższe\** | *--------------* | *trener symulacji /instruktor symulacji/technik* |  |  |

....................................................................................................................

*podpisy upełnomocnionych przedstawicieli wykonawcy(-ów)*