ZAPR.26.1.2024

# Załącznik nr 7 do SWZ **Wykaz osób**

# **Usługi polegające na obsłudze ekspozycji i zwiedzających**

**Ośrodka Dokumentacji Sztuki Tadeusza Kantora CRICOTEKA w Krakowie w okresie od 01.01.2025 r. do 31.12.2025 r.**

Działając w imieniu i na rzecz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oświadczam, iż przedkładam *Wykaz osób*, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, odpowiadający wymogom Zamawiającego postawionym w SWZ:

| **L.p.** | **Imię i Nazwisko** | **Nazwa stanowiska** | **Umiejętność obsługi kasy fiskalnej i terminala płatniczego**  **(doświadczenie w miesiącach)** | **Doświadczenie zawodowe w pracy na danym stanowisku**  **(w miesiącach)** | **Szkolenia z potwierdzonym uczestnictwem** | **Znajomość języka angielskiego** | **Forma zatrudnienia** | **Znajomość języka polskiego w stopniu co najmniej komunikatywnym** | **Doświadczenie w sprzedaży wydawnictw, publikacji, gadżetów (w miesiącach)** | **Doświadczenie w obsłudze systemu informatycznego do sprzedaży biletów oraz doświadczenie w wystawianiu faktur** | **Informacja o podstawie do dysponowania** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **(1)** | **(2)** | **(3)** | **(4)** | **(5)** | **(6)** | **(7)** | **(8)** | **(9)** | **(10)** | **(11)** | **(12)** |
|  | |
| **1** |  | **Koordynator / koordynator i pracownik obsługi zwiedzającego\*** | **Opcjonalnie:**  TAK / NIE**\***  …………. miesięcy | …….... miesięcy (minimum 12 miesięcy doświadczenia zawodowego w koordynowaniu/zarządzaniu personelem)  **+ opcjonalnie:**  ………………… miesięcy doświadczenia zawodowego w realizacji usług polegających na obsłudze zwiedzającego | **Opcjonalnie**:  1) Z zasad udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej  **TAK / NIE\***  2) W zakresie BHP  **TAK / NIE\***  3) W zakresie kontaktu z osobami z niepełnosprawnościami (minimum 2 niepełnosprawności)  **TAK / NIE\***  …………………..(data przeprowadzonego szkolenia) | Poziom ……………. | Umowa o pracę  TAK / NIE**\*** | TAK / NIE\* | **Opcjonalnie:**  TAK / NIE**\***  …….... miesięcy | **Opcjonalnie:**  1)……………  miesięcy doświadczenia dla obsługi systemu inf.  2)……………..  miesięcy doświadczenia w wystawianiu faktur |  |
| **2** |  | Obsługa zwiedzającego | TAK / NIE**\***  …………. miesięcy | …….... miesięcy | 1) Z zasad udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej  **TAK / NIE\***  2) W zakresie BHP  **TAK / NIE\***  3) W zakresie kontaktu z osobami z niepełnosprawnościami (minimum 2 niepełnosprawności)  **TAK / NIE\***  ………………………..(data przeprowadzonego szkolenia) | Poziom: komunikatywny/B2**\*** | Umowa o pracę  TAK / NIE\* | TAK / NIE\* | TAK / NIE**\***  …….... miesięcy | 1)……………  miesięcy doświadczenia dla obsługi systemu inf.  2)……………..  miesięcy doświadczenia w wystawianiu faktur |  |
| **3** |  | Obsługa zwiedzającego | TAK / NIE\*  ………. miesięcy | …….... miesięcy | 1) Z zasad udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej  **TAK / NIE\***  2) W zakresie BHP  **TAK / NIE\***  3) W zakresie kontaktu z osobami z niepełnosprawnościami (minimum 2 niepełnosprawności)  **TAK / NIE\***  ……………………….(data przeprowadzonego szkolenia) | Poziom:  komunikatywny/B2**\*** | Umowa o pracę  TAK / NIE\* | TAK / NIE**\*** | TAK / NIE**\***  …….... miesięcy | 1)……………….  miesięcy doświadczenia dla obsługi systemu inf.  2)……………..  miesięcy doświadczenia w wystawianiu faktur |  |
| **4** |  | Obsługa zwiedzającego | TAK / NIE\*  ……….. miesięcy | …….... miesięcy | 1)Z zasad udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej  **TAK / NIE\***  2) W zakresie BHP  **TAK / NIE\***  3) W zakresie kontaktu z osobami z niepełnosprawnościami (minimum 2 niepełnosprawności)  **TAK / NIE\***  ………………………..  (data przeprowadzonego szkolenia) | Poziom:  komunikatywny/B2**\*** | Umowa o pracę  TAK / NIE\* | TAK / NIE\* | TAK / NIE\*  …….... miesięcy | 1)……………….  miesięcy doświadczenia dla obsługi systemu inf.  2)……………..  miesięcy doświadczenia w wystawianiu faktur |  |
| **5** |  | Obsługa zwiedzającego | TAK / NIE\*  ……….. miesięcy | …….... miesięcy | 1)Z zasad udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej  **TAK / NIE\***  2) W zakresie BHP  **TAK / NIE\***  3) W zakresie kontaktu z osobami z niepełnosprawnościami (minimum 2 niepełnosprawności)  **TAK / NIE\***  ………………………..data przeprowadzonego szkolenia) | Poziom:  komunikatywny/B2**\*** | Umowa o pracę  TAK/NIE\* | TAK / NIE\* | TAK / NIE\*  …….... miesięcy | 1)……………….  miesięcy doświadczenia dla obsługi systemu inf.  2)……………..  miesięcy doświadczenia w wystawianiu faktur |  |
| **6** |  | Obsługa zwiedzającego | **TAK/NIE\***  ……………. miesięcy | ……… miesięcy | 1)Z zasad udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej  **TAK / NIE\***  2) W zakresie BHP  **TAK / NIE\***  3) W zakresie kontaktu z osobami z niepełnosprawnościami (minimum 2 niepełnosprawności)  **TAK / NIE\***  ……………………….(data przeprowadzonego szkolenia) | Poziom:  komunikatywny/B2**\*** | Umowa o pracę  **TAK/NIE\*** | TAK / NIE\* | **TAK / NIE\***  …….... miesięcy | 1)……………….  miesięcy doświadczenia dla obsługi systemu inf.  2)……………..  miesięcy doświadczenia w wystawianiu faktur |  |
| **7** |  | Obsługa zwiedzającego | **TAK/NIE\***  ……………. miesięcy | ……… miesięcy | 1) Z zasad udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej  **TAK / NIE\***  2) W zakresie BHP  **TAK / NIE\***  3) W zakresie kontaktu z osobami z niepełnosprawnościami (minimum 2 niepełnosprawności)  **TAK / NIE\***  ……………………….(data przeprowadzonego szkolenia) | Poziom:  komunikatywny/B2**\*** | Umowa o pracę  **TAK/NIE\*** | TAK / NIE\* | **TAK / NIE\***  …….... miesięcy | 1)………………  miesięcy doświadczenia dla obsługi systemu inf.  2)……………..  miesięcy doświadczenia w wystawianiu faktur |  |

***\* niepotrzebne skreślić***

Oświadczam, że osobami wymienionymi powyżej w wykazie dysponuję jako zasobem własnym, za wyjątkiem osób wskazanych poniżej (stanowiących zasób podmiotu udostępniającego zasoby):

| Lp. | Imię i nazwisko | Informacja o podstawie do dysponowania |
| --- | --- | --- |
| 1 |  |  |
| …….. |  |  |

……………………………………………………………

(data, *Kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty,*

*osoby/osób uprawnionych/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)*