Załącznik nr 7 do SWZ

# Formularz dotyczący doświadczenia Ratownika Medycznego/pielęgniarki systemu/lekarza systemu

(dotyczy Kryterium nr 2)

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym, którego przedmiotem jest **„Przeprowadzenie szkoleń z pierwszej pomocy dla uczniów szkół podstawowych z terenu Gminy Miejskiej Kraków w ramach programu miejskiego „KRAKOWSCY UCZNIOWIE RATUJĄ ŻYCIE”**

Ja/My, niżej podpisany/i ………………………………………………………………………………………………………………………

działając w imieniu i na rzecz: .....................................................................................................................

(oznaczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się)

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

(adres siedziby Wykonawców wspólnie ubiegających się)

Oświadczam(y), że w ramach Kryterium nr 2 niżej wskazane osoby, które będą brały udział w realizacji przedmiotu zamówienia posiadają wymagane doświadczenie:

1. Imię i nazwisko osoby, tj. Ratownika Medycznego lub Pielęgniarki systemu lub Lekarza systemu *(niepotrzebne skreślić)* wykazanej w wykazie osób: ………………………………………..………………………………… (należy wskazać lub zapis przekreślić jeżeli Wykonawca wykazuje doświadczenie dla mniejszej ilości osób).

Doświadczenie zawodowe ww. osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa szkolenia objętego doświadczeniem oraz zakres usług szkoleniowych | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego zostały wykonane usługi, o których mowa w kol. 02 (należy wskazać) | Termin realizacji  (należy wskazać) | |
| początek  (dd-mm-rr) | koniec  (dd-mm-rr) |
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| Doświadczenie zawodowe  Ocenianie doświadczenie:  Wskazana osoba w okresie ostatnich dwóch (2) lat przed upływem terminu składania ofert, należycie przeprowadziła szkolenie z udzielania pierwszej pomocy dla minimum 500 dzieci i młodzieży w wieku szkolnym | Nazwa: ………………………….……...  (należy wskazać)  Zakres szkolenia: ……………………………………….………  (należy wskazać)  Liczba uczestników: …………… osób (należy wskazać) |  |  |  |

1. Imię i nazwisko osoby, tj. Ratownika Medycznego lub Pielęgniarki systemu lub Lekarza systemu *(niepotrzebne skreślić)* wykazanej w wykazie osób: ………………………………………..………………………………… (należy wskazać lub zapis przekreślić jeżeli Wykonawca wykazuje doświadczenie dla mniejszej ilości osób).

Doświadczenie zawodowe ww. osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa szkolenia objętego doświadczeniem oraz zakres usług szkoleniowych | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego zostały wykonane usługi, o których mowa w kol. 02 (należy wskazać) | Termin realizacji  (należy wskazać) | |
| początek  (dd-mm-rr) | koniec  (dd-mm-rr) |
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| Doświadczenie zawodowe  Ocenianie doświadczenie:  Wskazana osoba w okresie ostatnich dwóch (2) lat przed upływem terminu składania ofert, należycie przeprowadziła szkolenie z udzielania pierwszej pomocy dla minimum 500 dzieci i młodzieży w wieku szkolnym | Nazwa: ………………………….……...  (należy wskazać)  Zakres szkolenia: ……………………………………….………  (należy wskazać)  Liczba uczestników: …………… osób (należy wskazać) |  |  |  |

1. Imię i nazwisko osoby, tj. Ratownika Medycznego lub Pielęgniarki systemu lub Lekarza systemu *(niepotrzebne skreślić)* wykazanej w wykazie osób: ………………………………………..………………………………… (należy wskazać lub zapis przekreślić jeżeli Wykonawca wykazuje doświadczenie dla mniejszej ilości osób).

Doświadczenie zawodowe ww. osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa szkolenia objętego doświadczeniem oraz zakres usług szkoleniowych | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego zostały wykonane usługi, o których mowa w kol. 02 (należy wskazać) | Termin realizacji  (należy wskazać) | |
| początek  (dd-mm-rr) | koniec  (dd-mm-rr) |
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| Doświadczenie zawodowe  Ocenianie doświadczenie:  Wskazana osoba w okresie ostatnich dwóch (2) lat przed upływem terminu składania ofert, należycie przeprowadziła szkolenie z udzielania pierwszej pomocy dla minimum 500 dzieci i młodzieży w wieku szkolnym | Nazwa: ………………………….……...  (należy wskazać)  Zakres szkolenia: ……………………………………….………  (należy wskazać)  Liczba uczestników: …………… osób (należy wskazać) |  |  |  |

1. Imię i nazwisko osoby, tj. Ratownika Medycznego lub Pielęgniarki systemu lub Lekarza systemu *(niepotrzebne skreślić)* wykazanej w wykazie osób: ………………………………………..………………………………… (należy wskazać lub zapis przekreślić jeżeli Wykonawca wykazuje doświadczenie dla mniejszej ilości osób).

Doświadczenie zawodowe ww. osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa szkolenia objętego doświadczeniem oraz zakres usług szkoleniowych | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego zostały wykonane usługi, o których mowa w kol. 02 (należy wskazać) | Termin realizacji  (należy wskazać) | |
| początek  (dd-mm-rr) | koniec  (dd-mm-rr) |
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| Doświadczenie zawodowe  Ocenianie doświadczenie:  Wskazana osoba w okresie ostatnich dwóch (2) lat przed upływem terminu składania ofert, należycie przeprowadziła szkolenie z udzielania pierwszej pomocy dla minimum 500 dzieci i młodzieży w wieku szkolnym | Nazwa: ………………………….……...  (należy wskazać)  Zakres szkolenia: ……………………………………….………  (należy wskazać)  Liczba uczestników: …………… osób (należy wskazać) |  |  |  |

**UWAGA:**

**Formularz winien zostać sporządzony, w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

Załącznik nr 8 do SWZ

**WYKAZ OSÓB**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym, którego przedmiotem jest **„Przeprowadzenie szkoleń z pierwszej pomocy dla uczniów szkół podstawowych z terenu Gminy Miejskiej Kraków w ramach programu miejskiego „KRAKOWSCY UCZNIOWIE RATUJĄ ŻYCIE”**

Ja/My, niżej podpisany/i ………………………………………………………………………………………………………………………

działając w imieniu i na rzecz: .....................................................................................................................

(oznaczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się)

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

(adres siedziby Wykonawców wspólnie ubiegających się)

przedstawiam/my wykaz osób, skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko**  (należy wskazać) | **Pełniona funkcja na etapie realizacji przedmiotu zamówienia**  (należy wskazać Ratownik Medyczny lub Pielęgniarka systemu lub Lekarz systemu lub Ratownik KPP, z zastrzeżeniem pkt. 3.2.1.2. Dział V SWZ) | **Posiadane kwalifikacje**  (należy wskazać zgodnie z pkt. 3.2.1.1. lub pkt. 3.2.1.2. Dział V SWZ) | **Podstawa dysponowania** |
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| 1. |  | TAK/NIE\*  \*niepotrzebne skreślić | Wskazana osoba jest ratownikiem medycznym w rozumieniu art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |  |
| Wskazana osoba jest pielęgniarką systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest lekarzem systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest Ratownikiem KPP, który przeszedł szkolenie w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, posiadających ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić |
| 2. |  | TAK/NIE\*  \*niepotrzebne skreślić | Wskazana osoba jest ratownikiem medycznym w rozumieniu art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |  |
| Wskazana osoba jest pielęgniarką systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest lekarzem systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest Ratownikiem KPP, który przeszedł szkolenie w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, posiadających ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić |
| 3. |  | TAK/NIE\*  \*niepotrzebne skreślić | Wskazana osoba jest ratownikiem medycznym w rozumieniu art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |  |
| Wskazana osoba jest pielęgniarką systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest lekarzem systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest Ratownikiem KPP, który przeszedł szkolenie w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, posiadających ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić |
| 4. |  | TAK/NIE\*  \*niepotrzebne skreślić | Wskazana osoba jest ratownikiem medycznym w rozumieniu art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |  |
| Wskazana osoba jest pielęgniarką systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest lekarzem systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest Ratownikiem KPP, który przeszedł szkolenie w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, posiadających ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić |
| 5. |  | TAK/NIE\*  \*niepotrzebne skreślić | Wskazana osoba jest ratownikiem medycznym w rozumieniu art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |  |
| Wskazana osoba jest pielęgniarką systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest lekarzem systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| 6. |  | TAK/NIE\*  \*niepotrzebne skreślić | Wskazana osoba jest ratownikiem medycznym w rozumieniu art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |  |
| Wskazana osoba jest pielęgniarką systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest lekarzem systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| 7. |  | TAK/NIE\*  \*niepotrzebne skreślić | Wskazana osoba jest ratownikiem medycznym w rozumieniu art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |  |
| Wskazana osoba jest pielęgniarką systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest lekarzem systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| 8. |  | TAK/NIE\*  \*niepotrzebne skreślić | Wskazana osoba jest ratownikiem medycznym w rozumieniu art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |  |
| Wskazana osoba jest pielęgniarką systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest lekarzem systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| 9. |  | TAK/NIE\*  \*niepotrzebne skreślić | Wskazana osoba jest ratownikiem medycznym w rozumieniu art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |  |
| Wskazana osoba jest pielęgniarką systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest lekarzem systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |
| Wskazana osoba jest lekarzem systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym\*\*  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić  \*\* przekreślić jeżeli nie dotyczy |

**UWAGA:**

**Wykaz winien zostać sporządzony w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**