#### *Załącznik nr 8 do SWZ* - UWAGA DOTYCZY KRYTERIUM OCENY OFERT

**Znak sprawy: ZP-3/2026**

**Zamawiający:**

### Samodzielny Publiczny

Zakład Opieki Zdrowotnej

w Mońkach

ul. Al. Niepodległości 9

19-100 Mońki

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca:** | …………………………………………………………………………………………..  [nazwa, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG] |
| reprezentowany przez: | …………………………………………………………………………………………..  [imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji] |

**WYKAZ OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAMÓWIENIE**

Składając ofertę w postępowaniu na

|  |
| --- |
| **Usługę organizacji szkoleń dla pracowników SP ZOZ w Mońkach, w ramach przedsięwzięcia pt.: „Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie ilości świadczeń w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym i Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej, etap III i IV restrukturyzacji SP ZOZ w Mońkach”. Znak sprawy: ZP-3/2026. "Usługa realizowana w ramach zadania 4 szkolenia i edukacja",** |

przedkładam wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usługi, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię**  **i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Wykształcenie** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia (kierunki ukończonych szkół, szkoleń)** | **Doświadczenie (zgodnie z zapisami w SWZ)**  **-data szkolenia,**  **-temat szkolenia,**  **-ilość osób uczestniczących w szkoleniu,** | **Podstawa do dysponowania tymi osobami** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

………..………………………………………………………

*Data: kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*