1. Załącznik nr 6 do SWZ
2. **Zamawiający:**
3. **Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**
4. **ul. Inwalidów Wojennych 26**
5. **56-100 Wołów**
6. **Wykonawca:**
7. ………………………………………
8. *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*
9. reprezentowany przez: ………………………………………………….
10. *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDA UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

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

− **minimum dwóch kucharzy** posiadających wykształcenie gastronomiczne oraz po przeszkoleniu z zakresu dobrej praktyki higienicznej, dobrej praktyki produkcyjnej (GHP, GMP) oraz zasad systemu HACCP, z min. 2-letnim doświadczeniem w przygotowywaniu posiłków dla pacjentów służby zdrowia;

− **minimum jedną osobę -dietetyka/dietetyczkę** z min. rocznym doświadczeniem w zakresie żywienia pacjentów w placówkach służby zdrowia –posiadającą wydany przez uprawnioną jednostkę dokument (dyplom) wskazujący uprawnienia dietetyka oraz po przeszkoleniu z zakresu dobrej praktyki higienicznej, dobrej praktyki produkcyjnej (GHP, GMP) oraz zasad systemu HACCP;

− **minimum 1 kierowca + 1 konwojent**, po przeszkoleniu z Dobrej Praktyki Higieny (GHP).

Dysponuję/dysponujemy następującymi osobami, które będą wykonywać zamówienie:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Doświadczenie\*  | Wykształcenie | Numer \*\*Świadectwa (dot. kucharzy)/Dyplomu (dot. dietetyka)/Certyfikatu z przeszkolenia (dotyczy kucharzy, dietetyka, kierowcy i konwojenta)  | Zakres wykonywanych czynności | Informacje o podstawie do dysponowania osobą  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* w przypadku kucharzy i dietetyka należy podać ilość lat pracy przy przygotowywaniu posiłków dla pacjentów służby zdrowia.**

\*\* należy podać nr dokumentów wydanych przez uprawnione jednostki.

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***