

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie **negocjacji z ogłoszeniem** na usługę**: Opracowanie kompletnej dokumentacji projektowej dla przebudowy oraz rozbudowy pomieszczeń laboratorium w Zakładzie Medycyny Regeneracyjnej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie przy ul. W.K. Roentgena 5 do standardu GMP umożliwiającego uzyskanie zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego na produkcje ATMP modyfikowanego genetycznie (komórek CAR-T)**

**WYKAZ OSÓB**

(warunki udziału w postepowaniu)

w imieniu:

……………..…………………………………………………………………………………,

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

 *pełna nazwa/firma Wykonawcy, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**wykaz osób**, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie **usług,** 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 - zgodnie z wymaganiami opisanymi w Rozdz. X pkt. 4.1 lit. a) i b)

W odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia mogą polegać na zdolnościach tych z Wykonawców, którzy wykonają **usługi**, do realizacji których te zdolności są wymagane.

Przedstawiam następujący wykaz osób, które uczestniczyć będą w wykonywaniu zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Zakres wykonywanych czynności podczas realizacji zamówienia | Opis posiadanych uprawnień budowlanych\* wraz z podaniem liczby lat doświadczenia\* *nie dotyczy technologa medycznego*  | Okres realizacji projektu (termin rozpoczęcia i termin zakończenia; dzień/miesiąc/rok) | Czy projektant sporządził projekt budowlany i wykonawczyTAK/NIE | Przedmiot usługi(ze szczególnym uwzględnieniem informacji czy dotyczyła ona wykonaniu projektu budowlanego i wykonawczego/ projektu w technologii medycznej dla przebudowy lub rozbudowy laboratorium GMP, posiadającego zgodę Głównego Inspektora Farmaceutycznego na wytwarzanie produktów ATMP w klasie czystości B o powierzchni użytkowej min. 100 m2 | Informacja o podstawie dysponowaniatymi osobami |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | *5.* | *6.* | *7.* | *8.* |
|  |  | **a) Projektant branży architektonicznej** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **b) Technolog medyczny** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Informacja dla Wykonawcy:

1. **Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie pdf**
2. **Wykaz winien być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**