|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.1 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 1 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 1) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 1.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 1.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych w obszarze rehabilitacji medycznej potwierdzone udziałem w co najmniej 2 projektach tego typu** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 1.d) SIWZ* |
| **Nazwa 1 projektu** |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |
| **Nazwa 2 projektu** |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacje na temat rehabilitacji medycznej***na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 1.d) SIWZ* |
| **Tytuł 1 publikacji** |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |
| **Tytuł 2 publikacji** |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |
| **Tytuł 3 publikacji** |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.2 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 2 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 2) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 2.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 2.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych w obszarze rehabilitacji potwierdzone udziałem w co najmniej 2 projektach tego typu***na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 2.d) SIWZ* |
| **Nazwa 1 projektu** |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |
| **Nazwa 2 projektu** |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacje na temat rehabilitacji***na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 2.d) SIWZ* |
| **Tytuł 1 publikacji** |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |
| **Tytuł 2 publikacji** |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |
| **Tytuł 3 publikacji** |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.3 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 3 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 3) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 3.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 3.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych w obszarze rehabilitacji medycznej potwierdzone udziałem w co najmniej 1 projekcie tego typu** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 3.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Nazwa projektu |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacja na temat rehabilitacji medycznej***na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 3.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Tytuł publikacji |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.4 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 4 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 4) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 4.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt VI ust.1 ppkt 4.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych w obszarze rehabilitacji medycznej potwierdzone udziałem w co najmniej 1 projekcie tego typu** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 4.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Nazwa projektu |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacja na temat rehabilitacji medycznej***na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 4.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Tytuł publikacji |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.5 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 5 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 5) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 5.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 5.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych w obszarze rehabilitacji medycznej potwierdzone udziałem w co najmniej 1 projekcie tego typu** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 5.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Nazwa projektu |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacja na temat rehabilitacji medycznej***na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 5.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Tytuł publikacji |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.6 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 6 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 6) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 6.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 6.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych w obszarze rehabilitacji społecznej i/lub psychologicznej potwierdzone udziałem w co najmniej 1 projekcie tego typu** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 6.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Nazwa projektu |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacja na temat rehabilitacji społecznej i/lub psychologicznej***na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 6.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Tytuł publikacji |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.7 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 7 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 7) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 7.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt VI ust.1 ppkt 7.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

**Informacje na temat statusu w organizacji reprezentującej pracodawców** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 7.d) SIWZ: „reprezentowanie lub bycie ekspertem lub bycie pracownikiem organizacji reprezentującej pracodawców”*

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa organizacji reprezentującej pracodawców |  |
| Status w organizacji reprezentującej pracodawców (proszę wskazać właściwe: reprezentacja, ekspert, pracownik) |  |
| Zakres obowiązków w organizacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.8 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 8 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 8) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 8.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt VI ust.1 ppkt 8.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

**Informacje na temat statusu w organizacji zrzeszającej pracowników** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 8.d) SIWZ:* **„***reprezentowanie lub bycie ekspertem lub bycie pracownikiem organizacji zrzeszającej pracowników”*

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa organizacji zrzeszającej pracowników |  |
| Status w organizacji zrzeszającej pracowników (proszę wskazać właściwe: reprezentacja, ekspert, pracownik) |  |
| Zakres obowiązków w organizacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.9 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 9 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 9) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 9.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 9.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

**Informacje na temat statusu w organizacji pozarządowej działającej na rzecz osób z niepełnosprawnościami** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 9.d) SIWZ: „bycie ekspertem lub pracownikiem organizacji pozarządowej działającej na rzecz osób z niepełnosprawnościami”*

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa organizacji pozarządowej działającej na rzecz osób z niepełnosprawnościami |  |
| Status w organizacji zrzeszającej pracowników (proszę wskazać właściwe: ekspert, pracownik) |  |
| Zakres obowiązków w organizacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.10 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 10 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 10) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 10.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 10.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych w obszarze rehabilitacji potwierdzone udziałem w co najmniej 1 projekcie tego typu** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 10.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Nazwa projektu |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacja na temat rehabilitacji** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 10.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Tytuł publikacji |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.11 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 11 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 11) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 11.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt 11.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych w obszarze rehabilitacji potwierdzone udziałem w co najmniej 1 projekcie tego typu** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 11.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Nazwa projektu |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacja na temat rehabilitacji** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 11.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Tytuł publikacji |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.12 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 12 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 12) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 12.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych w obszarze rehabilitacji, i/lub zabezpieczenia społecznego potwierdzone udziałem w co najmniej 1 projekcie tego typu** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 12.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Nazwa projektu |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacja na temat finansowych aspektów rehabilitacji i/lub zabezpieczenia społecznego***na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 12.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Tytuł publikacji |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.13 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 13 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 13) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 13.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w tworzeniu modeli biznesowych i/lub doskonaleniu struktur organizacyjnych\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt VI ust.1 ppkt 13.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w tworzeniu modeli biznesowych i/lub doskonaleniu struktur organizacyjnych”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych potwierdzone udziałem w co najmniej 2 projektach tego typu** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 13.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| **Nazwa 1 projektu** |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |
| **Nazwa 2 projektu** |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacja z obszaru doradztwa organizacyjnego***na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 13.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Tytuł publikacji |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.14 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 14 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 14) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 14.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt VI ust.1 ppkt 14.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych w obszarze rehabilitacji potwierdzone udziałem w co najmniej 1 projekcie tego typu** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 14.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Nazwa projektu |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacja na temat rehabilitacji** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 14.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Tytuł publikacji |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.15 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 15 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 15) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 15.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością\*** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 15.b) SIWZ: „posiadanie co najmniej 4-letniego doświadczenia w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością”*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze problematyki związanej z niepełnosprawnością) |  |

\* Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych w obszarze rehabilitacji potwierdzone udziałem w co najmniej 1 projekcie tego typu** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 15.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Nazwa projektu |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacja na temat rehabilitacji** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 15.d) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Tytuł publikacji |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.16 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 16 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 16) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 16.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych w zakresie pomiaru efektywności rozwiązań organizacyjnych, ewaluacji projektów i programów ewaluacji potwierdzone udziałem w co najmniej 1 projekcie tego typu** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 16.c) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Nazwa projektu |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacja z obszaru pomiaru efektywności rozwiązań organizacyjnych, ewaluacji projektów i programów** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 16.c) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Tytuł publikacji |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 5.17 do SIWZ**Wykaz Osób , które będą uczestniczyć w wykonaniu CZĘŚCI 17 zamówienia** |
| **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby (na potwierdzenie warunku, o którym mowa w pkt. VI ust.1 ppkt. 17) SIWZ): |
|  |

**Imię i nazwisko: ………………………………………………………………..**

**Podstawa do dysponowania wskazana osobą: ……………………………….**

**Wykształcenie** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 17.a) SIWZ*: *„wykształcenie wyższe”*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w prowadzeniu prac analitycznych i koncepcyjnych w zakresie pomiaru efektywności rozwiązań organizacyjnych, ewaluacji projektów i programów ewaluacji potwierdzone udziałem w co najmniej 1 projekcie tego typu** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 17.c) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Nazwa projektu |  |
| Pracodawca/zlecający projekt (nazwa i adres) |  |
| Opis prac analityczno – koncepcyjnych w projekcie |  |

|  |
| --- |
| **Publikacja z obszaru pomiaru efektywności rozwiązań organizacyjnych, ewaluacji projektów i programów** *na potwierdzenie warunku zawartego w pkt. VI ust.1 ppkt. 17.c) SIWZ*(tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Tytuł publikacji |  |
| Tematyka i zakres publikacji |  |
| Miejsce i rok publikacji |  |

.................................., dn. ..................... 2018 r. .............................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)