1. *Dodatek nr 7 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Szpital im. prof. Z. Religi**

**w Słubicach Sp. z o.o.**

1. **Wykonawca:**
2. ………………………………………
3. *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*
4. reprezentowany przez: ………………………………………………….
5. *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na „Świadczenie usług żywienia pacjentów NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach Sp. z o.o. przez okres 12 miesięcy”, nr sprawy: ZP/TP/02/2021

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ 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**, 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) | 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.