***Załącznik Nr 3*** *do zapytania ofertowego*

pieczęć firmy

**Wykaz zrealizowanych**

**lub realizowanych kursów**

### Ja/ My niżej podpisany/ni\*

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reprezentując Wykonawcę t j.

(pełna nazwa i siedziba firmy wykonawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

będąc uczestnikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 2500 Euro (netto)   
i nie przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 14.000 Euro (netto), zgodnie z §10 Regulaminu Udzielania Zamówień Publicznych SP ZOZ WSPRiTS w Płocku w trybie zapytania ofertowego na:

***przeprowadzenie kursu doskonalącego dla ratowników medycznych dla dwóch grup po 20 osób - razem 40 osób, (w tym dla 26 pracujących na umowę o pracę oraz 13 osób wykonujących czynności ratownika medycznego na podstawie umowy tzw. „kontraktowej” bądź zlecenia), zgodnego z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2007 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych.***

Przedstawiam poniżej w tabeli wykaz zrealizowanych lub realizowanych kursów dla ratowników medycznych w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku doświadczenia w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, z podaniem nazwy kursu, dat realizacji, miejsca realizacji oraz ilości przeszkolonych osób

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Nazwa kursu*** | ***Termin realizacji***  *(od dnia do dnia)* | ***Miejsce realizacji*** *(Odbiorca)* | ***Liczba osób przeszkolonych*** |
| ***1.*** |  |  |  |  |
| ***2.*** |  |  |  |  |
| ***3.*** |  |  |  |  |
| ***4.*** |  |  |  |  |
| ***5.*** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***UWAGA:***

Co najmniej 5 (zrealizowanych lub realizowanych) kursów doskonalących, dla ratowników medycznych, każdy dla grupy co najmniej 10 osób,

……………………………. dnia ………2012 roku.

……………………………………..

czytelne podpisy lub podpis z pieczątką

imienną osoby/osób uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy

*\*niepotrzebne skreślić*