**Załącznik nr 6 do SIWZ**

………………………………………..

(pieczęć firmowa Wykonawcy) **WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ**

**DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby** | **Rola** | **Wykształcenie** | **Doświadczenie** | **Podstawa do dysponowania osobą**  (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, osoba innego podmiotu ) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **1** |  | Koordynujący pracę Zespołu Badawczego |  | 1. doświadczenie w kierowaniu i nadzorowaniu prawidłowej pracy Zespołów Badawczych podczas realizacji ……….\* badań ewaluacyjnych 2. autor lub współautor ……….\* raportów końcowych z badań ewaluacyjnych   \* - podać ilość |  |
|
| **2** |  | Ekspert ds. badań ilościowych |  | Uczestnictwo w realizacji oraz autor lub …………\* raportów końcowych z badań ewaluacyjnych, zrealizowanych w okresie 3 lat przed ogłoszeniem przedmiotowego zamówienia, w których był odpowiedzialny za konstrukcję narzędzi badawczych, analizy statystyczne i interpretację danych ilościowych w ramach każdego z nich.  \* - podać ilość |  |
| **3** |  | Eksperta ds. badań jakościowych |  | Uczestnictwo w realizacji oraz autor lub współautor ………\* raportów końcowych z badań ewaluacyjnych, zrealizowanych w okresie 3 lat przed ogłoszeniem przedmiotowego zamówienia, w ramach których prowadził analizę danych zastanych (desk research), indywidualne wywiady pogłębione / zogniskowane wywiady grupowe oraz interpretował dane pochodzących z badań jakościowych.  \* - podać ilość |  |
| **4** |  | Eksperta ds. ochrony zdrowia | Stopień naukowy …………………. | 1. ……….\* letnie doświadczenie zawodowe w pracy na stanowisku naukowym lub naukowo - dydaktycznym w dziedzinie zarządzania w ochronie zdrowia lub zdrowia publicznego w szkole wyższej lub instytucie badawczym; 2. posiada udokumentowaną działalność naukową w zakresie zdrowia publicznego lub zarządzania w ochronie zdrowia, tzn. jest autorem lub współautorem …….. \*\* publikacji poświęconych problematyce zdrowia publicznego, ekonomiki zdrowia lub zarządzania w ochronie zdrowia w Polsce   \* - podać okres czasu  \*\* - podać ilość |  |

**Funkcje członków Zespołu Badawczego nie mogą być łączone.**

Oświadczam, że żaden z ww. członków Zespołu Badawczego realizującego badanie nie jest pracownikiem instytucji odpowiedzialnej za programowanie, zarządzanie lub wdrażanie programu operacyjnego współfinansowanego ze środków europejskich, w tym unijnych.

data .................................. ....................................................................

podpis i pieczęć osoby/ób uprawnionej/ych