**US/20/2020 Załącznik nr 2B**

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

*(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

dot. Usługi szkoleniowe – szkolenie EUSIM dla kadry zarządzającej Centrów Symulacji, szkolenie dla techników pracujących w ICSM UO ze sprzętu będącego na wyposażeniu WCSM UO (sprzęt symulacyjny wysokiej wierności firmy Gaumard) oraz szkolenie dla techników pracujących w WCSM UO ze sprzętu będącego na wyposażeniu ICSM UO (sprzęt symulacyjny wysokiej wierności firmy Laerdal), w ramach projektu „Włączenie Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu do Uniwersytetu Opolskiego” dla obszaru 11-Centra Symulacji Medycznej w celu podnoszenia jakości kształcenia na kierunkach medycznych”

**CZĘŚĆ NR 2**: Usługa szkoleniowa – szkolenie dla techników pracujących w ICSM UO ze sprzętu będącego na wyposażeniu WCSM UO (sprzęt symulacyjny wysokiej wierności firmy Gaumard).

**Oświadczam**, że jako Wykonawca:

* + - * **jestem/nie jestem\*** autoryzowanym serwisem sprzętu symulacyjnego firmy Gaumard (posiadam ważny certyfikat potwierdzający autoryzację)
      * **dysponuje/nie dysponuje\***  minimum *jedną* [ 1 ] osobą skierowaną do realizacji szkolenia, która przeprowadzi szkolenie, tj.:

**Trenerem**, który:

* **posiada/nie posiada\*** wykształcenie wyższe z zakresu informatyki i mechatroniki,
* **jest/nie jest\*** specjalistą naukowo-technicznym co najmniej od 2014 roku, specjalistą inżynieryjno -technicznym co najmniej od 2016,
* **posiada/nie posiada\*** co najmniej *pięcio*- [ 5 ] -letnie doświadczenie w pracy z wykorzystaniem symulacji medycznej dla studentów jako technik symulacji medycznej na polskiej uczelni medycznej prowadzącej kształcenie na kierunkach medycznych w okresie ostatnich   
  *pięciu* [ 5 ] lat przed terminem składania ofert,
* **posiada/nie posiada\*** doświadczenie w organizacji zawodów symulacyjnych,   
  tj. współorganizował minimum *dwa* [ 2 ] zawody w okresie ostatnich *trzech* [ 3 ] lat przed terminem składania ofert,
* **przeprowadził /nie przeprowadził\*** co najmniej *cztery* [ 4 ] wykłady lub prelekcje dla kadry zarządzającej CSM lub techników CSM w okresie ostatnich *pięciu* [5] lat,
* **odbył /nie odbył\*** wizyty stażowe w centrach symulacji w Polsce (co najmniej   
  *cztery* [ 4 ] wizyty) w okresie ostatnich *trzech* [ 3 ] lat,
* **posiada/nie posiada\*** doświadczenie w doradztwie i współpracy w zakresie funkcjonowania i przygotowań pracy CSM (doradzał minimum *dwóm* [ 2 ] istniejącym i funkcjonującym CSM w Polsce w okresie ostatnich *pięciu* [ 5 ] lat),
* **jest/nie jest\*** certyfikowanym instruktorem symulacji medycznej,
* **jest/nie jest\*** technikiem symulacji medycznej,
* **jest/nie jest\*** technikiem serwisowym certyfikowanym przez firmę Gaumard.

*Na potwierdzenie powyższego załączam dokumenty potwierdzające złożone oświadczenie.*

*Nadto oświadczam, że znany mi jest art. 233 ust. 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444).*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Miejscowość, data Podpis (imię i nazwisko)Wykonawcy lub podpis(imię i nazwisko)*

*uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

\**Zaznaczyć właściwe lub skreślić niewłaściwe*