**US/20/2020 Załącznik nr 2C**

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

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

**Oświadczam**, że jako Wykonawca:

* + - * **jestem/nie jestem\*** autoryzowanym serwisem firmy Laerdal Medical AS
      * **dysponuje/nie dysponuje\***  minimum *jedną* [ 1 ] osobą skierowaną do realizacji szkolenia, która przeprowadzi szkolenie, tj.:

**Trenerem**, który:

* **posiada/nie posiada\*** wykształcenie wyższe z zakresu inżynierii biomedycznej
* **posiada/nie posiada\*** doświadczenie w pracy ze sprzętem symulacyjnym minimum *pięć* [ 5 ] lat przed terminem składania ofert
* **jest/nie jest\*** instruktorem symulacji medycznej od minimum *pięciu* [ 5 ] lat
* **przeprowadził /nie przeprowadził\*** minimum *pięć* [ 5 ] szkoleń dla kadry technicznej i/lub dydaktycznej z zakresu symulacji medycznej w ciągu ostatnich *dwóch* [ 2 ] dwóch lat przed terminem składnia ofert.

*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*