**US/20/2020 Załącznik nr 2A**

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

*(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 1**: Usługa szkoleniowa – szkolenie EUSIM dla kadry zarządzającej Centrów Symulacji

**Oświadczam**, że jako Wykonawca:

* + - * **posiadam/nie posiadam\***  doświadczenie w prowadzeniu kursów/szkoleń – minimum   
        *dziesięć* [ 10 ] przeprowadzonych kursów/szkoleń z zakresu symulacji medycznej dla nauczycieli akademickich w okresie *dwóch* [ 2 ] lat przed terminem składania ofert,
      * **posiadam/nie posiadam\*** doświadczenie w organizacji szkolenia wyjazdowego zagranicznego w obszarze kursu EUSIM dla minimum *dwóch* [ 2 ] jednostek / instytucji w okresie ostatnich *dwóch* [ 2 ] lat przed terminem składania ofert dla minimum *pięciu* [ 5 ] osób,
      * **posiadam/nie posiadam\*** doświadczenie w organizacji przynajmniej *jednego* [ 1 ] stażu zagranicznego dla kadry zarządzającej Centrum Symulacji Medycznej okresie ostatnich *dwóch* [ 2 ] lat przed terminem składania ofert,
      * **dysponuje/nie dysponuje\***  minimum *jedną* [ 1 ] osobą skierowaną do realizacji szkolenia, który przeprowadzi szkolenie wraz z egzaminem, tj.:

**Koordynatorem szkolenia**, który:

* **posiada/nie posiada\*** tytuł naukowy: co najmniej dr nauk medycznych lub dr nauk o zdrowiu
* **jest/nie jest\*** autorem minimum dwudziestu [ 20 ] publikacji naukowych medycznych lub monografii medycznych w obszarze symulacji medycznej, członek towarzystwa naukowego zajmującego się edukacją w zakresie medycyny wykorzystującego podczas procesu nauczania symulację medyczną;
* **posiada/nie posiada\*** certyfikat trenera/instruktora symulacji medycznej EUSIM (Europejskie Towarzystwo Symulacji Medycznej) lub równoważne tj. certyfikat wydany przez ośrodek szkoleniowy certyfikowany przez SESAM (Society in Europe for Simulation Applied to Medicine) lub posiada certyfikat trenera/instruktora symulacji medycznej EUSIM 2 (Europejskie Towarzystwo Symulacji Medycznej) lub równoważne tj. certyfikat wydany przez ośrodek szkoleniowy certyfikowany przez SESAM (Society in Europe for Simulation Applied to Medicine)
* **posiada/nie posiada\*** certyfikat trenera/instruktora symulacji medycznej EUSIM CDC (Europejskie Towarzystwo Symulacji Medycznej – EuSim Course Director Course) lub równoważne tj. certyfikat wydany przez ośrodek szkoleniowy certyfikowany przez SESAM (Society in Europe for Simulation Applied to Medicine)
* **posiada/nie posiada\*** co najmniej pięcio- [ 5 ] -letnie doświadczenie w pracy w Centrum Symulacji Medycznej (CSM) jako dydaktyk z wykorzystaniem symulacji medycznej dla studentów kierunku lekarskiego oraz pielęgniarstwa lub ratownictwa medycznego lub położnictwa (przy czym nie mniej niż dla dwóch [ 2 ] kierunków w tym co najmniej kierunku lekarskiego) w polskiej uczelni prowadzącej kształcenie na kierunkach medycznych w okresie ostatnich pięciu [ 5 ] lat przed terminem składania ofert
* **posiada/nie posiada\*** co najmniej pięcio- [ 5 ] -letnie doświadczenie w pracy w Centrum Symulacji Medycznej (CSM) jako dydaktyk z wykorzystaniem symulacji medycznej dla studentów anglojęzycznych kierunku lekarskiego

*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*