**Załącznik Nr 8a do SWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Zamawiający:**

**Główny Inspektorat Farmaceutyczny**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Wykaz osób, które zostaną skierowane do realizacji zamówienia, **potwierdzający spełnianie przez Wykonawcę warunku posiadania niezbędnej wiedzy i doświadczenia postawionego w pkt 2.4. ppkt 2) lit. A część II SWZ.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Język ojczysty tłumacza** | **Rodzaj wykonywanych tłumaczeń** (pisemne/ustne) | **Język obcy, który tłumaczyła będzie osoba** | **Kwalifikacje lub doświadczenie** (należy zamieścić informacje pozwalające na jednoznaczne stwierdzenie spełniania warunków udziału, tj. opis kwalifikacji, np. dyplomy lub certyfikaty lub doświadczenie tłumacza oraz tematykę wykonywanych tłumaczeń) |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |

*Należy dołączyć dokumenty potwierdzające spełnianie warunku posiadania kwalifikacji lub doświadczenia wraz z tłumaczeniem dokumentów (jeżeli dotyczy).*

**Oświadczamy**, że dysponujemy wskazanymi w wykazie tłumaczami, którzy skierowani zostaną do wykonywania zamówienia, a zawarte w wykazie informacje dotyczące doświadczenia tłumaczy są zgodne z prawdą.

*Dokument musi być złożony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy w formie elektronicznej, w postaci elektronicznej opatrzonej profilem zaufanym lub podpisem osobistym za pomocą dowodu osobistego*