**Załącznik nr 5**

**do SWZ**

Nazwa wykonawcy............................................................................................................................................

Adres wykonawcy............................................................................................................................................

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Oświadczam/y że:

1.W skład zespołu, który będzie przeprowadzał audit w CRR KRUS w Horyńcu-Zdroju, będzie wchodzić ……..osób, spełniających łącznie następujące warunki:

1. posiadają certyfikat upoważniający do wykonywania auditu w zakresie danego obszaru certyfikacji tj. PN-EN ISO 9001:2015, 27001:2014 i 22000:2018,
2. posiadają doświadczenie w pracy auditora w podmiotach leczniczych (przeprowadzenie co najmniej 3 auditów w ostatnich 3 latach w zakresie danego obszaru certyfikacji tj. PN-EN ISO 9001, 27001 i 22000 w podmiotach leczniczych,
3. co najmniej 1 auditor czynnie wykonuje zawód lekarza,
4. co najmniej 1 auditor legitymuje się minimum 5-letnim doświadczeniem zawodowym w pracy w podmiocie leczniczym.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres wykonywanych czynności przez auditora w  ramach umowy**  (wg certyfikatu) | **Doświadczenie w pracy auditora w podmiotach leczniczych**  (liczba audytów w ostatnich trzech latach) | **Doświadczenie zawodowe** **w pracy w podmiocie leczniczym** (w latach) | **Wykonywany zawód lekarza**  (tak/nie) | **Liczba auditorów** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

Szczegółowe informacje zestawione są w tabeli:

Liczbę wierszy należy powielić w razie konieczności

Miejscowość ......................................... Data ...............................data

.........................................................................................

Podpis i pieczątka osób(-y) wskazany w dokumencie

upoważniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadające pełnomocnictwo