**Seznam techniků podílejících se na plnění veřejné zakázky**

„**Zajištění zdravotních služeb – prohlídek těl zemřelých na**

**území Středočeského kraje**“

Dodavatel: ……………………………..

Sídlo: ……………………………..

IČO: ……………………………..

Úroveň pro splnění kvalifikace je stanovena na:

V seznamu techniků (provádějících lékařů) budou uvedeny alespoň **3 osoby**, kdy ke každé z těchto 3 vybraných osob musí dodavatel předložit doklady k prokázání splnění níže uvedených požadavků:

1. Odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění

*(osoba skutečnost prokáže* *dokladem o odborné způsobilosti k výkonu* ***zdravotnického povolání lékaře*** *podle zákona č. 95/2004 Sb. v platném znění)*

1. Specializovaná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. v příslušném specializačním oboru potřebném pro plnění předmětu veřejné zakázky

*(osoba skutečnost prokáže* *dokladem o specializované způsobilosti v příslušném specializačním oboru)*

1. Zdravotní způsobilost

*(osoba skutečnost prokáže* *potvrzením o zdravotní způsobilosti k výkonu lékařského povolání, vydaným příslušným praktickým lékařem, ne starším 12 měsíců před zahájením zadávacího řízení)*

1. Členství v České lékařské komoře

*(osoba skutečnost prokáže* *dokladem o členství v* České lékařské komoře*)*

|  |
| --- |
| **Lékař 1** |
| **Požadovaný údaj** | **Naplnění požadovaného údaje** |
| Jméno a příjmení | … |
| Odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. | Ano / Ne |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. |
| Specializovaná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. v příslušném specializačním oboru | Ano / Ne |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. |
| Zdravotní způsobilost | Ano / Ne |
| Potvrzení o způsobilosti bude předloženo přílohou tohoto seznamu. |
| Členství v České lékařské komoře | Ano / Ne |
| Doklad o členství bude předložen přílohou tohoto seznamu. |
| Poddodavatel účastníka? | Ano / Ne |
| V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno ANO, bude k lékaři uveden jeho zaměstnavatel nebo skutečnost, že je osobou samostatně podnikající.V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno NE, bude uvedeno, v jakém je lékař vztahu k dodavateli (např. zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, na DPP, DPČ apod.). | … |

|  |
| --- |
| **Lékař 2** |
| **Požadovaný údaj** | **Naplnění požadovaného údaje** |
| Jméno a příjmení | … |
| Odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. | Ano / Ne |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. |
| Specializovaná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. v příslušném specializačním oboru | Ano / Ne |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. |
| Zdravotní způsobilost | Ano / Ne |
| Potvrzení o způsobilosti bude předloženo přílohou tohoto seznamu. |
| Členství v České lékařské komoře | Ano / Ne |
| Doklad o členství bude předložen přílohou tohoto seznamu. |
| Poddodavatel účastníka? | Ano / Ne |
| V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno ANO, bude k lékaři uveden jeho zaměstnavatel nebo skutečnost, že je osobou samostatně podnikající.V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno NE, bude uvedeno, v jakém je lékař vztahu k dodavateli (např. zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, na DPP, DPČ apod.). | … |

|  |
| --- |
| **Lékař 3** |
| **Požadovaný údaj** | **Naplnění požadovaného údaje** |
| Jméno a příjmení | … |
| Odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. | Ano / Ne |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. |
| Specializovaná způsobilost lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb. v příslušném specializačním oboru | Ano / Ne |
| Doklad o způsobilosti bude předložen přílohou tohoto seznamu. |
| Zdravotní způsobilost | Ano / Ne |
| Potvrzení o způsobilosti bude předloženo přílohou tohoto seznamu. |
| Členství v České lékařské komoře | Ano / Ne |
| Doklad o členství bude předložen přílohou tohoto seznamu. |
| Poddodavatel účastníka? | Ano / Ne |
| V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno ANO, bude k lékaři uveden jeho zaměstnavatel nebo skutečnost, že je osobou samostatně podnikající.V případě, že je na předchozí otázku poddodavatelství odpovězeno NE, bude uvedeno, v jakém je lékař vztahu k dodavateli (např. zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, na DPP, DPČ apod.). | … |

**Další osoby (provádějící lékaři):**

***Pozn. pro účastníky:*** *Nad rámec požadavku na minimální počet osob (provádějících lékařů) k prokázání kvalifikace, u nichž má dodavatele povinnost předložit požadované doklady a údaje, je dodavatel oprávněn předložit seznam dalších osob, které se budou podílet na plnění předmětu zakázky.*

Datum: ……………………………..

…………………………………………………...                      ……………………………..

Jméno a příjmení osoby oprávněné k jednání                         podpis

***Pozn. pro účastníky:*** *jedná se o doporučený vzor formuláře. Odpovědnost za jeho použití nese účastník.*