

Oznaczenie sprawy: MZUK-EPZ.50.4.2018

nazwa (firma) wykonawcy

adres wykonawcy

WYKAZ OSÓB

dotyczy postępowania:

Całodobowe świadczenie zdrowotne dla pacjentów Izby Wyrzeźwień

Wykaz osób wymagany jest w celu potwierdzenia warunku określonego w specyfikacji istotnych warunków zamówienia/zaproszeniu/ogłoszeniu.

Lp.	Imię i nazwisko	Opis posiadanych uprawnień, kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia	Zakres wykonywanych czynności w zamówieniu	Dostępność (należy wpisać podstawę do dysponowania osobą np. pracownik firmy, pracownik podwykonawcy)
1.		Nr uprawnień lekarskich Staż pracy w latach ...		
2.		Nr uprawnień lekarskich Staż pracy w latach ...		
3.		Nr uprawnień lekarskich Staż pracy w latach ...		
4.		Nr uprawnień lekarskich Staż pracy w latach ...		
5.		Nr uprawnień lekarskich Staż pracy w latach ...		
6.		Nr uprawnień lekarskich Staż pracy w latach ...		

data i miejscowość

imię i nazwisko

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej