

Oznaczenie sprawy: MZUK-EPZ.50.33.2020

 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 i doświadczenia	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