

Oznaczenie sprawy: MZUK-EPZ.50.41.2021

nazwa (firma) wykonawcy

adres wykonawcy

WYKAZ OSÓB

dotyczy postępowania:

Całodobowe świadczenia zdrowotne dla pacjentów Izby Wyrzeźwień

Wykaz osób wymagany jest w celu potwierdzenia warunku określonego w specyfikacji 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