

Oznaczenie sprawy: MZUK-EPZ.50.91.2022

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.

L.p.	Imię i nazwisko	Opis posiadanych uprawnień, kwalifikacji zawodowych, 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		
7.		Nr uprawnień lekarskich Staż pracy w latach		