

Oznaczenie sprawy: MZUK_EPZ.50.3.2017

nazwa (firma) wykonawcy

adres wykonawcy

WYKAZ OSÓB

dotyczy postępowania:

Całodobowe świadczenie zdrowotne dla pacjentó Izby Wytreźwień

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		
----	--	---	--	--

Oświadczam(y), że wyżej wymienione osoby, będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia i posiadają wymagane uprawnienia.

data i miejscowość

imię i nazwisko

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej