

Oznaczenie sprawy: MZUK-EPZ.50.45.2017

---

nazwa (firma) wykonawcy

---



---

adres wykonawcy

---

**WYKAZ OSÓB**

dotyczy postępowania:

**Całodobowe świadczenie zdrowotne dla pacjentów Izby Wytzreźwień**

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