

.....
(Pieczęć Wykonawcy)

WYKAZ OSÓB

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nich czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

Lp.	Imię i nazwisko	Informacja na temat kwalifikacji, doświadczenia i wykształcenia.	Zakres wykonywanych czynności	Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami.

Oświadczamy, że wyżej wymienione osoby, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia budowlane i należą do właściwej Izby Inżynierów Budownictwa.

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęćka i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Beneficjent:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
ul. Młyńska 2
63 - 700 Krotoszyn
spzoz@krotoszyn.pl

tel. 62 588 03 90
fax. 62 588 04 02
www.spzoz.krotoszyn.pl