

.....  
(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.	Informacje na temat uprawnień Podać zakres uprawnień i datę ważności	Informacje na temat posiadanych certyfikatów lub innych dokumentów potwierdzających przebyte szkolenie. Podać datę i zakres szkolenia.	Zakres wykonywanych czynności	Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami.
1	2	3	4		5	6

Wszyscy wyszczególnieni w tabeli pracownicy muszą posiadać odpowiednie uprawnienia zgodnie z wymaganiami punktu V.3 SIWZ.

**Ich posiadanie należy traktować jako wymóg graniczny**, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty, jako niezgodnej z SIWZ (art. 89 ust. 1 pkt 2 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych)

**Nie wypełnienie rubryki 4 „Informacje na temat uprawnień” jest traktowane jako brak tych warunków.**

**Oświadczamy**, że wyżej wymienione osoby, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia i certyfikaty.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(pieczęć 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](http://www.spzoz.krotoszyn.pl)

