

.....  
(Pieczęć Wykonawcy)

## WYKAZ OSÓB

- złożyć na wezwanie Zamawiającego – rozdział VI pkt 5 SIWZ

**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, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.

.....  
(miejsowość i data)

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

Zamawiający:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
ul. Młyńska 2  
63 - 700 Krotoszyn

tel. 62 588 03 90  
fax. 62 588 04 02  
[www.spzoz.krotoszyn.pl](http://www.spzoz.krotoszyn.pl)  
spzoz@krotoszyn.pl

