…………………………………………

*(nazwa i adres wykonawcy)*

# WYKAZ OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię**  **i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Opis doświadczenia**  **do wykazania spełnienia warunku**  **Podać ilość lat/liczbę godzin/liczbę szkoleń/liczbę programów rozwoju i ekspertyz**  **Zgodnie z wymaganiami pkt. 6 ust. 1 lit. c** | **Informacja o podstawie  do dysponowania tymi osobami** |
| *np. umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło* |
| **1.** |  | Wykształcenie medyczne\*  TAK / NIE |  |  |  |
| **2.** |  | Wykształcenie medyczne\*  TAK / NIE |  |  |  |
| **3.** |  | Wykształcenie medyczne\*  TAK / NIE |  |  |  |

....................................................................................................................

*podpisy upełnomocnionych przedstawicieli wykonawcy(-ów)*