

Załącznik nr do oferty

WYKAZ PRACOWNIKÓW

Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia

Przystępując do konkursu ofert na zadanie:

**WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE REHABILITACJI
KARDIOLOGICZNEJ STACJONARNEJ DLA PACJENTÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
SPECJALISTYCZNEGO NR 4 W BYTOMIU.**

TM/ŚZ/5/2022

reprezentując firmę (pełna nazwa firmy)

.....
.....

Oświadczam, że dysponuję personelem zdolnym do należytego wykonania przedmiotu konkursu, tj.: posiadającym odpowiednie wykształcenie, doświadczenie i kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wymaganiami wskazanymi w Regulaminie Konkursu.

| Lp. | Nazwisko i imię | Stanowisko | Posiadane kwalifikacje i uprawnienia |
|-----|-----------------|------------|--------------------------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |

....., dnia

Podpis (osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

.....
(pieczęć imienna / firmowa)