

Załącznik nr do oferty

WYKAZ PRACOWNIKÓW

Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia

Przystępując do konkursu ofert na zadanie:

**CAŁODOBOWE WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE BADAŃ
DIAGNOSTYCZNYCH REZONANSEM MAGNETYCZNYM DLA PACJENTÓW
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR 4 W BYTOMIU.**

NOP/ŚZ/2/2018

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)
