

Załącznik nr ..... do oferty

**WYKAZ PRACOWNIKÓW**

**Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

Przystępując do konkursu ofert na zadanie:

**WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE BADAŃ  
PATOMORFOLOGICZNYCH DLA PACJENTÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA  
SPECJALISTYCZNEGO NR 4 W BYTOMIU.**

NOP/ŚZ/4/2018

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)

\_\_\_\_\_