

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.**

NP/ŚZ/5/2019

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)