# WYKAZ OSÓB, KTÓRE UCZESTNICZYĆ BĘDĄ

# W WYKONANIU ZAMÓWIENIA PN:

**Dostawa Szpitalnego Systemu Informatycznego klasy ERP wraz z usługą wdrożenia, udzieleniem licencji, świadczeniem usług gwarancji, nadzoru autorskiego i serwisu oraz szkoleniem użytkowników - POWTÓRKA**

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stanowisko | Wykształcenie/ukończone kursy | Doświadczenie (staż pracy) | Podstawa dysponowania |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

…………………….…., dnia ………… ………...................................................................

*(Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania*

*Wykonawcy)*