***Załącznik nr 4 do SWZ***

 **Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

w Kielcach im. św. Jana Pawła II

**Wykonawca:**

………………………………………………………..……………………………

Nazwa (Firma) Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

………………………………………………………………………………………….

Adres Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

…………………………………………………………………

NIP, REGON

…………………………………………………………………

Adres e-mail, numer telefonu

**WYKAZ OSÓB**

 **SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ**

**DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  **Zakres wykonywanych czynności w realizacji zamówienia** | **Posiadane kwalifikacje zawodowe/****uprawnienia**  | **Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

***(Uwaga! Wymagany kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub
podpis osobisty)***