Załącznik nr 5 do SWZ

**Wykaz osób realizujących usługi transportu sanitarnego - transport pacjentów hemodializowanych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp*** | ***Imię i nazwisko*** | ***Kategoria i numer prawa jazdy*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Osoby, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.**