



Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice
NIP: 551-21-24-676, REGON: 000306466

Załącznik nr 3

..... ,
(pieczęć Wykonawcy)

Wykaz osób które będą uczestniczyły w wykonywaniu zamówienia

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usługi, wraz z informacjami o ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywania przez nie czynności oraz informacji o podstawie do dysponowania tymi osobami.

L.p.	Imię i nazwisko	Zakres wykonywanych czynności	Wykształcenie	Kwalifikacje zawodowe	Doświadczenie	Uprawnienia	Podstawa do dysponowania
1.							
2.							
3.							

..... ,
(miejsowość, data)

..... ,
(osoba uprawniona do reprezentowania Wykonawcy)