**Wykaz osób skierowanych przez oferenta do realizacji usług medycznych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Dane dotyczące** |
| **Zakres wykonywanych czynności / miejsce świadczenia usług zgodnie z wybranym pakietem** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobami***(zatrudniony/prowadzący własną działalność gospodarczą)* |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **…** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ............................................... |  | ......................................................................... |
| pieczątka firmowa Wykonawcy |  | data oraz podpis Wykonawcy, alboupoważnionego przedstawiciela Wykonawcy zpieczątką imienną |