|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer części** (wypełnić dla każdej części, na którą Wykonawca składa ofertę) | **Imię i nazwisko**  **osoby skierowanej**  **do realizacji zamówienia** | **Informacje dotyczące świadectwa kwalifikacji osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (*Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego kwalifikacje, o których mowa w rozdz. 9.1,pkt 4 SWZ, data wydania i ważności dokumentu, nazwa podmiotu, który wystawił dokument)* | **Doświadczenie - osoba skierowana do realizacji zamówienia musi wykazać się co najmniej jednym przeprowadzonym przeglądem/usługą serwisową sprzętu medycznego** **wymienionych w danej części zamówienia (pakiecie) lub urządzeń o podobnym przeznaczeniu użytkowym jak w tej części** | **Wykształcenie** | **Zakres wykonywanych czynności w ramach zamówienia** | **Informacja o podstawie dysponowania wskazaną osobą** |
|  |  |  | 1.Rodzaj wykonanej usługi:……………  2. Nazwa i producent sprzętu medycznego, którego dotyczyła usługa:………  3. Podmiot na rzecz którego została wykonana usługa:…………..  4. Data wykonania usługi:……..  (należy powielić wszystkie informacje w przypadku doświadczenia większego niż minimalne) |  |  |  |

**Wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia publicznego**

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy*