|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK nr 7 do SWZ** |

/pieczęć adresowa Wykonawcy/

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU PRZEDMIOTOWEGO ZAMÓWIENIA**

wraz z informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami

ja/my\*, niżej podpisany/podpisani\*.

...................................................................................................................................................

/ imię i nazwisko/

reprezentując ...................................................................................................................................................

 /pełna nazwa i adres wykonawcy/

jako upoważniony/upoważnieni na piśmie /wpisany/wpisani \* w rejestrze

...................................................................................................................................................

w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam/oświadczamy\*, że przy realizacji przedmiotowego zamówienia tj.: **„świadczenie usług medycznych dla pracowników i studentów Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu – 2 części - postępowanie powtórzone*”***będą uczestniczyć osoby spełniające wymagania, o których mowa w Rozdziale 9 ust.1 pkt. 1.4 SWZ.

…............................, dn. ….........................

 miejscowość i data

\*niepotrzebne skreślić

**ŁĄC**

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU PRZEDMIOTOWEGO ZAMÓWIENIA**

*świadczenie usług medycznych dla pracowników i studentów Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu*

| **Imię i nazwisko** | **Specjalizacja**(spełniające wymagania, o których mowa w rozdziale 6 ust.1 pkt c SWZ) | **Doświadczenie**(min 5 letnia praktyka zawodowa)TAK/NIE\* | **Nr uprawnień** do wykonywania zawodu lekarza | **Informacja**o podstawie do dysponowania tymi osobami: umowa o pracę, umowa kontraktowa |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **[1]** | **[2]** | **[3]** | **[4]** | **[6]** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

⃰ Właściwe wpisać

…............................, dn. ….........................

 miejscowość i data