|  |
| --- |
| **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*”***będą uczestniczyć osoby wymienione w załączniku nr 8 do SWZ (tabela) spełniające wymagania, o których mowa w Rozdziale 6 ust.1 c 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