

**WYKAZ OSÓB**

**Nazwa Wykonawcy:**

.....

.....

*(pełna nazwa/firma, adres)*

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia prowadzonym w trybie podstawowym na **Świadczenie usługi obsługi prawnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

Wykaz osób wymagany w celu potwierdzenia spełniania warunku określonego w Rozdziale VI pkt 3 ppkt 3.4 2) Specyfikacji Warunków Zamówienia:

*Wykonawca wykaże, że dysponuje lub będzie dysponować w okresie wykonywania zamówienia i skieruje do jego realizacji **minimum 3 osoby (zespół wykonawcy)** które będą uczestniczyć w wykonaniu przedmiotowego zamówienia, a które posiadają wpis na listę radców prawnych lub listę adwokatów, zgodnie z ustawą z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 75) lub ustawą z dnia 25 maja 1982 r. Prawo o adwokaturze (tj. Dz. U. z 2020 r., poz. 1651) lub posiadają wpis na listę prawników zagranicznych, prowadzoną przez okręgową radę adwokacką lub radę okręgowej izby radców (zgodnie z ustawą z dnia 5 lipca 2002 r. o świadczeniu przez prawników zagranicznych pomocy prawnej w Rzeczypospolitej Polskiej (t. j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 823).*

Lp.	Imię i nazwisko osoby	Funkcja (zakres świadczonych usług/wykonywanych czynności)	Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia i doświadczenie (jakie i ile lat)	Podstawa dysponowania osobą (np. umowa o pracę, umowa o dzieło, zlecenie, współpraca gospodarcza, inne)
1		<b>Koordinator</b>		
2				
3				
..				

.....

**WYKAZ NALEŻY PODPISAĆ  
KWALIFIKOWANYM PODPISEM  
ELEKTRONICZNYM LUB PODPISEM  
ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**