…………………………………..

Nazwa i adres Wykonawcy

**Załącznik nr 7 do SWZ**

**WYKAZ**

**OSÓB I PODMIOTÓW, KTÓRE BĘDĄ   
UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA; P/8/2024**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa w zakresie żywienia pacjentów SP ZOZ Szpitala Powiatowego w Piszu**, nr sprawy P/8/2024, przedkładam(y) wykaz osób skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Osoby i podmioty uczestniczące w wykonaniu zamówienia**  **(Imię i nazwisko)** | **Kwalifikacje zawodowe (pełnione funkcje)** | **Doświadczenie zawodowe (w latach)** | **Wykształcenie** | **Zakres powierzonych czynności** | **Uwagi** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

………………………(miejscowość), dnia…………………..

Wykonawca/ właściwie umocowany przedstawiciel podpisuje dokument kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym