***Załącznik nr 7 do SWZ***

***Nr sprawy Szp/ZP – 050A/2022***

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE UCZESTNICZYĆ BĘDĄ**

**W WYKONANIU ZAMÓWIENIA PN:**

**USŁUGA KOMPLEKSOWEGO ŻYWIENIA PACJENTÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO WE WROCŁAWIU - POWTÓRKA**

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stanowisko  | Wykształcenie/ukończone kursy  | Doświadczenie (staż pracy)  | Podstawa dysponowania  |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

…………………….…., dnia …………

 *……..……..……………………..*

 *(podpis i pieczątka imienna osoby*

 *uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy*