**WYKAZ RACOWNIKÓW WYZNACZONYCH DO REALIZACJI USŁUGI dla części II zamówienia**

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

Numer telefonu/fax:

Osoba nadzorująca realizację przedmiotu Umowy ze strony Wykonawcy: ............................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **imię i nazwisko, pełniona funkcja2** | **Przeprowadzone obowiązkowe szkolenia BHP, Ppoż. oraz badania z zakresu medycyny pracy wszystkich osób1**  **Tak/Nie** | **Podstawa do dysponowania osoby ( wymagana umowa o pracę, data zawarcia, na jaki okres, stanowisko oraz zakres obowiązków )** |
|
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**1 Należy wpisać Tak lub Nie**

**2 Należy wpisać jaką funkcję będzie pełnił pracownik – realizacja czy nadzór**

...................................., dnia ...…...................

...............................................…......................................

(podpis i imienna pieczęć Wykonawcy/Przedstawiciela Wykonawcy)