



**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**  
ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice  
www.zzozwadowice.pl, email: sekretariat@zzozwadowice.pl

**Załącznik nr 3**

**Wykaz osób które będą uczestniczyły w wykonywaniu zamówienia**

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usługi, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywania przez nie czynności oraz informacji o podstawie do dysponowania tymi osobami.

L.p.	Imię i nazwisko	Zakres wykonywanych czynności	Wykształcenie	Kwalifikacje zawodowe	Doświadczenie	Uprawnienia	Podstawa do dysponowania
1.							
2.							
3.							

..... ,  
(miejscowość, data)

..... ,  
(osoba uprawniona do reprezentowania Wykonawcy)