**Zał. nr 7 do SWZ**

**D10.251.56.F.2024**

.....................................................

*(nazwa Wykonawcy)*

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

dot.: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn**.**

**„USŁUGA TRANSPORTU PACJENTÓW SAMODZIELNIE PORUSZAJĄCYCH SIĘ DO/Z STACJI DIALIZ”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcja** | **Imię i nazwisko** | **Informacje nt. kwalifikacji zawodowych/uprawnień/ niezbędnych do wykonania zamówienia*****(potwierdzające spełnienie warunków określonych w Rozdział IX ust. 1.1 pkt 2 d) SWZ)*** | **Podstawa do dysponowania tą osobą** |
| 1 |  |  |  |  |

*W przypadku zaoferowania większej ilości personelu należy rozbudować tabelę.*