|  |
| --- |
| **Wykonawca:** …………………………………… …………………………………… …………………………………… *(pełna nazwa/firma, adres)*  |

**WYKAZ OSÓB SPEŁNIAJĄCYCH KWALIFIKACJE**

na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w pkt 6.2 pkt d SWZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Numer prawa wykonywania zawodu**  | **Rodzaj uprawnień/ kwalifikacje zawodowe** |
| 1.1. |  | PWZ: ……… | **Lekarz uprawniony do przeprowadzania badań profilaktycznych** (lekarz medycyny pracy) |
| 1.2. |  | PWZ: ……… | **Lekarz uprawniony do przeprowadzania badań profilaktycznych** (lekarz medycyny pracy) |
| *…* | …. |  |  |
| 2.1*.* |  | PWZ: ……… | **Lekarz uprawniony do przeprowadzania badań kierowców** |
| *…* | … |  |  |
| 3.1. |  | PWZ: ……… | **Lekarz z zakresu okulistyki** |
| *…* | … |  |  |
| 4.1. |  | PWZ: ……… | **Lekarz z zakresu laryngologi**i |
| … |  |  |  |
| 5.1. |  | PWZ: ……… | **Lekarz z zakresu neurologii** |
| *…* | …. |  |  |
| 6.1. |  | --------------------------------------------------- | **Psycholog** |
| *…* | …. |  |  |

**Oświadczam, że dysponuję następującą osobą wymienioną w wykazie, w poz. ………….. polegając na zasobach innego podmiotu,
tj. ……………………………………………..…** *(wypełnić gdy Wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych innego podmiotu zgodnie z art. 118 ustawy Prawo zamówień publicznych).*

**Uwaga!**

1. Zamawiający **dopuszcza**, aby jedna osoba została wykazana na potwierdzenie spełniania więcej niż jednego z warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w pkt 6.2 pkt dSWZ.

**UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**