|  |
| --- |
| ***dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym na „USŁUGA OCHRONY FIZYCZNEJ RBZMed”, znak sprawy:***  ***4. WSzKzP.SZP.2612.150.2024”,* prowadzonego przez 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ, ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław*:*** |

**WYKAZ OSÓB**

**KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA w 4.WSzKzP SPZOZ – RBZMed we Wrocławiu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko**  **PESEL** | **Kwalifikacje zawodowe : Licencja pracownika ochrony**  **fizycznej (POF)**  **(nr licencji, stopień, organ wydający** | **Doświadczenie** | **Wykształcenie** | **Zakres wykonywanych czynności:**  **(pracownik ochrony lub**  **załoga grupy interwencyjnej)** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobami** | **Uwagi** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |  |  |  |

W załączeniu kserokopie aktualnych wpisów pracowników ochrony wpisanych na listę kwalifikowanych pracowników ochrony oraz aktualnych pozwoleń na broń palną.

……………….…dnia…………… ……………………………………………………….

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo