

Wykonawca:

.....

.....

.....

tel./fax:

Samodzielny Publiczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Kozienicach
Al. Wł. Sikorskiego 10
26-900 Kozienice
tel./fax.:/48/ 614 82 34, 614 81 39

Wzór wykazu

osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości lub kierowanie robotami budowlanymi, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami;

Lp	Imię i nazwisko	Opis uprawnień i doświadczenia	Lata doświadczenia zawodowego	Wykształcenie	Proponowana rola w realizacji zamówienia	Podstawa do dysponowania
1	2	3	4	5	6	7

W załączeniu - oświadczenia, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy