

.....
(miejsowość i data)

.....
(nazwa i siedziba Wykonawcy)

FAX:

Adres e-mail.....

WYKAZ OSÓB

Do: Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Targówek
ul. Tykocińska 34, 03-545 Warszawa

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia zgodnie z wymaganiami pkt. VII.3.

Lp./Imię i Nazwisko/Tytuł zawodowy/Doświadczenie zawodowe/Podstawa do dysponowania

1

2

3

.....

Wykonawca polegać będzie na osobach innych podmiotów

1

2

3

.....

* Jeżeli w wykazie powyżej Wykonawca wskazał, że polegać będzie na osobach zdolnych do wykonania zamówienia innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków, należy udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie innych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych osób na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.

.....
(podpis, pieczęć imienna
umocowanego przedstawiciela Wykonawcy)