

OPS.221.8.2017.MRK

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

nazwa i adres Wykonawcy

WYKAZ OSÓB

które będą uczestniczyć w świadczeniu przedmiotowej usługi

Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	wykształcenie	szkolenia	Doświadczenia – okres pracy w placówkach medycznych lub opieki środowiskowej	Zakres wykonywanych czynności

Oświadczamy, że osoby wymienione w powyższym Wykazie posiadają wymagane kwalifikacje, doświadczenie i wykształcenie oraz dysponują dobrym zdrowiem zapewniającym należyte świadczenie przedmiotowych usług.

W przypadku gdy Wykonawca polega na zasobach innych podmiotów przy realizacji zamówienia, należy wskazać, które z wyżej wymienionych osób zostały udostępnione przez inne podmioty oraz załączyć pisemne zobowiązanie tego podmiotu do ich udostępnienia.

.....
miejsce i data

.....
pieczęć i podpis osoby uprawnionej