Załącznik nr 3

do zadania pn. ***„Wykonanie przeglądów okresowych, napraw i utrzymanie w ruchu sprzętu medycznego oraz instalacji gazów medycznych wraz z osprzętem w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kępnie”***

Oznaczenie sprawy: SPZOZ- ZP/25BU/2023

.....
(oznaczenie wykonawcy)

WYKAZ OSÓB , które będą uczestniczyć w REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje, wykształcenie, doświadczenie	Posiadane uprawnienia (zakres i data ważności)	Zakres wykonywanych czynności	Informacje o podstawie dysponowania
1					
2					
3					
...					

Oświadczam, że ww. osoby posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz niezbędne uprawnienia do wykonywania niniejszego przedmiotu zamówienia oraz, w przypadku udzielenia zamówienia, będą uczestniczyć w realizacji przedmiotu zamówienia.

…… , ……
(miejscowość) (Data)

……
(Imię i nazwisko oraz podpis osoby/ osób wpisanych w rejestrach, uprawnionych do zaciągania zobowiązań w imieniu oferenta)