

nazwa (firma) wykonawcy

adres wykonawcy

WYKAZ OSÓB

dotyczy postępowania:
Całodobowe świadczenia zdrowotne dla pacjentów Izby Wyrzeźwień w Gliwicach z prawem opcji

Wykaz osób wymagany jest w celu potwierdzenia warunku określonego w specyfikacji warunków zamówienia/zaproszeniu/ogłoszeniu.

Lp.	Imię i nazwisko	Opis posiadanych uprawnień, kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia	Zakres wykonywanych czynności w zamówieniu	Dostępność (należy wpisać podstawę do dysponowania osobą np. pracownik firmy, pracownik podwykonawcy)
		Nr uprawnień lekarskich Staż pracy lat		
		Nr uprawnień lekarskich Staż pracy lat		
		Nr uprawnień lekarskich Staż pracy lat		
		Nr uprawnień lekarskich Staż pracy lat		
		Nr uprawnień lekarskich 		

		Staż pracy lat		
		Nr uprawnień lekarskich Staż pracy lat		
		Nr uprawnień lekarskich Staż pracy lat		