\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma Wykonawcy)

**Załącznik nr 8 do SWZ – Wykaz osób**

W postępowaniu na usługi pn. **„Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej w 2025 roku nad pracownikami Izby Administracji Skarbowej w Opolu”** jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia w celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu określonych w SWZ przedstawiam osoby, które zostaną skierowane do realizacji zamówienia:

| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe i uprawnienia, nr wpisu do rejestru lekarzy w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Opolu** | **Podstawa do dysponowania osobą** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

**Podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/podpisem zaufanym/podpisem osobistym przez:**

1. **………………………………………………………………………………………….**

**(wpisać imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie w imieniu Wykonawcy)**