**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Wykonawca:**

**……………………………………**

**……………………………………**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn., Usługę całodobowego transportu sanitarnego dla Regionalnego Centrum Medycznego w Białogardzie Sp. z o.o.**’’**

1. Oświadczam, że niżej wymienione osoby posiadają niezbędną wiedzę i uprawnienia do wykonywania zamówienia.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **IMIĘ I NAZWISKO** | **KWALIFIKACJE ZAWODOWE** | **UPRAWNIENIA** | **WYKSZTAŁCENIE** | **ZAKRES WYKONYWANYCH CZYNNOŚCI** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

…………………………………………..

(podpis)