sygn. akt: DR.261.1.2025

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

*Nazwa Wykonawcy/Wykonawców i adres siedziby*

**WYKAZ OSÓB**

Dotyczy postępowania: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH W DZIALE AMBULATORYJNYM - IZBA WYTRZEŹWIEŃ W MIEJSKIM OŚRODKU ZAPOBIEGANIA UZALEŻNIENIOM W PRZEMYŚLU**

Ja niżej podpisany oświadczam, że skieruję następujące osoby do realizacji przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Pełniona funkcja podczas realizacji przedmiotu zamówienia** | **Posiada uprawnienia i prawa wskazane w warunku udziału w postępowaniu**  **TAK/NIE**  **(wpisać poniżej)** | **Podstawa dysponowania**  **(dysponowanie pośrednie lub bezpośrednie)** |
| 1. |  | 1. |  |  |
| 2. |  | 2. |  |  |

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

(*kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty)*