Załącznik nr 6 do SWZ

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

(oznaczenie Wykonawcy)

**WYKAZ OSÓB**

Dotyczy postępowania pn.: Świadczenie usług odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych, oznaczenie sprawy ZP-381-37/2025

**Oświadczenie Wykonawcy-**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **wykaz osób – kierowców pojazdów przeznaczonych do transportu odpadów Imię i nazwisko** | **Uprawnienia** | **Podstawa dysponowania** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Data podpisania dokumentu: ……………..……….**

**Dokument elektroniczny, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**