**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYC W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**Wykonawca:** pełna nazwa i adres:

**DOTYCZY: zamówienia klasycznego w trybie podstawowym na realizację zamówienia publicznego dla zadania pn.:**

**Świadczenie usług oceny i kwalifikacji skierowań na leczenie uzdrowiskowe w 2026 r.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko lekarza specjalisty posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza** | **Kwalifikacje zawodowe, wykształcenie (należy podać dziedzinę specjalizacji lekarza, tj.: balneologia i medycyna fizykalna\* lub rehabilitacja medyczna)** | **Posiadany**  **tytuł naukowy** | **Podstawa dysponowania lekarzem specjalistą\*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Imię i nazwisko upoważnionego przedstawiciela/li Wykonawcy\*:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis/y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\* dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą