**Załącznik nr 12 do SWZ**

Nazwa Wykonawcy ................................................................

Adres Wykonawcy ...............................................................

**WYKAZ OSÓB WYKONUJĄCYCH CZYNNOŚCI W ZAKRESIE**

**PROWADZENIA POJAZDÓW**

**NA PODSTAWIE UMOWY O PRACĘ**

**SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO,**

**ODPOWIEDZIALNYCH ZA ŚWIADCZENIE USŁUG TRANSPORTU SANITARNEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Okres zatrudnienia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |