**WYKAZ   
PERSONELU WYKONAWCY SKIEROWANEGO DO REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „świadczenie usług transportu sanitarnego na terenie miasta Jarosławia i powiatu jarosławskiego w celu: przewozu lekarza oraz pielęgniarki środowiskowej na zabiegi i wizyty domowe, a także przewozu pacjentów kierowanych przez lekarzy POZ z terenu miasta Jarosławia i Przemyśla oraz powiatów jarosławskiego i przemyskiego do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie” dla Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, prowadzonego przez Wojewódzki Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, oświadczam, że dysponuję następującymi osobami do realizacji przedmiotu zamówienia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **Uprawnienia/kwalifikacje zawodowe**  **(np. ratownik medyczny, ratownik medyczny - kierowca, kierowca oraz**  **numer dyplomu dla ratowników medycznych i kierowców- ratowników, dla kierowców kat. prawa jazdy)** | **Doświadczenie**  **(należy podać lata pracy na danym stanowisku)** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobami**  **(np. umowa o prace/ rodzaj umowy na podstawie której zatrudniony jest pracownik)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**UWAGA:**

WYKAZ osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia wraz   
z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia oraz informacją   
o podstawie do dysponowania tymi osobami.

W zakresie zadania nr 1 Wykonawca winien wykazać dysponowanie:

-dla ambulansu typu A1 i A2 - co najmniej dwie osoby w ambulansie - w tym: jedna uprawniona do wykonywania medycznych czynności ratunkowych (ratownik medyczny + kierowca lub kierowca-ratownik uprawniony do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych w ruchu).

-dla pojazdów przewożących personel medyczny na wizyty domowe- co najmniej jedna osoba- kierowca posiadający uprawnienia dla pojazdów którym jest wykonywana usługa

**Wraz z wykazem osób należy przedłożyć kopię dyplomu uprawnień zatrudnionego ratownika medycznego, ratownika medycznego kierowcy, zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikowanego pierwszej pomocy zatrudnionego kierowcy, zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym w ruchu dla kierowcy- ratownika i kierowcy.**

…………………………………………

(data)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Uprawniony przedstawiciel wykonawcy–

pieczęć z podpisem lub nazwisko i imię