Załącznik nr 4 do SIWZ DZP/PN/95/19

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

 pieczęć firmowa Wykonawcy

**WYKAZ OSÓB** KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYŁY W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA

**spełniających wymagania określone w części VI SIWZ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** **wykształcenie** | **Opis wymaganych kwalifikacji zawodowych /przedmiot i zakres** | **Podstawa dysponowania****osobą**1 | **Załączono pisemne zobowiązanie osoby1****wpisać TAK / NIE** |
|  |  | ***doradztwo/zarządzanie****\* (\*nieodpowiednie skreślić)**placówką szpitalną wraz z ambulatoryjną opieką specjalistyczną****w okresie (dz/mc/rok)*** *od ………………….……do…………….…………….****Podmiot dla którego świadczona była usługa****…………………………………………………………..**…………………………………………………………..**………………………………………………………….**…………..(liczba) oddziałów**…………..(liczba) poradni specjalistycznych**…………..(liczba) łóżek**………… (liczba) pracowników* |  |  |

*Uwaga: W przypadku większej ilości wpisów, proszę tabelę powielić i stosownie wypełnić.*

 **...................................................**

Podpis/y osoby/osób uprawionej/nych

do reprezentowania Wykonawcy

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

**1**  *jeżeli Wykonawca polega na osobach zdolnych do wykonania zamówienia, a podstawy dysponowania nie stanowi umowa o pracę, o dzieło lub umowa zlecenia
- Wykonawca do oferty musi załączyć pisemne zobowiązanie takiej osoby, iż zgłasza ona gotowość do wykonywania na rzecz Wykonawcy usług stanowiących przedmiot niniejszego zamówienia.*