

**Wykaz osób,
które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia**

Nazwa/Firma Wykonawcy

Adres

Oświadczam, że dysponuję/jemy* lub będę/dziemy dysponował/li* następującymi osobami zdolnymi do wykonania zamówienia:

Lp.	Osoby (imię i nazwisko) uczestniczące w wykonaniu zamówienia	Posiadane uprawnienia (prawo wykonywania zawodu lekarza, specjalizacja**)	Zakres powierzonych czynności w realizacji przedmiotu zamówienia	Doświadczenie lekarza specjalisty***	Podstawa dysponowania osobą
1					
2					
3					

***niepotrzebne skreślić**

****należy podać dziedzinę specjalizacji**

*****należy podać liczbę lat pracy lekarza jako lekarza specjalisty w jednej z wymaganych dziedzin (zgodnie z punktem 5.1.1. ogłoszenia – co najmniej 1 rok pracy jako lekarz specjalista w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej (specjalizację z balneoklimatologii i medycyny fizykalnej uznaje się za tożsamą ze specjalizacją w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej),**

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy