

sygn. akt: IW.D.26.1599.2023.WK

*Nazwa Wykonawcy/Wykonawców i adres siedziby***WYKAZ OSÓB**Dotyczy postępowania: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH W IZBIE WYTRZEŻWIEN W RUDZIE ŚLĄSKIEJ**

Ja niżej podpisany oświadczam, że skieruję następujące osoby do realizacji przedmiotu zamówienia:

Lp.	Imię i nazwisko	Pełniona funkcja podczas realizacji przedmiotu zamówienia	Posiada uprawnienia i prawa wskazane w warunku udziału w postępowaniu TAK/NIE (wpisać poniżej)	Podstawa dysponowania (dysponowanie pośrednie lub bezpośrednie)
1.		1.		
2.		2.		

(kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty)