

Nazwa Wykonawcy/Wykonawców i adres siedziby

WYKAZ OSÓB

Dotyczy postępowania: ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH W IZBIE WYTRZEŻWIEŃ 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)