

pieczęć firmy
.....

miejsowość, data

WYKAZ OSÓB

„Świadczenie usług opieki medycznej osobom przebywającym w Dziale ds. Bezdomności MOPR w Kielcach, przy ul. Żniwnej 4.”

Nazwa Wykonawcy:.....

wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie, wraz z informacjami na temat wykształcenia zawodowego i doświadczenia

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie /doświadczenie	Postawa do dysponowania osobą
1			własne / oddane do dyspozycji *
2			własne / oddane do dyspozycji *
3			własne / oddane do dyspozycji *
4			własne / oddane do dyspozycji *
.....			własne / oddane do dyspozycji *

* niepotrzebne skreślić (jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno prawnej pozostawiamy własne)

.....
podpisy Wykonawcy lub osób
uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy