

Znak sprawy DAG/01/2020
Załącznik nr 7 do SIWZ

ZAMAWIAJĄCY:

Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej w Łędzinach
ul. Asnyka 2
43-140 Łędziny
Tel. / fax: 32/ 216 77 01

WYKONAWCA

.....
.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na usługi pn. Świadczenie usług w zakresie przygotowywania i dostawy całodziennego wyżywienia dla pacjentów Oddziału Szpitalnego Rehabilitacji Narządu Ruchu ul. Pokoju 17, 43-143 Łędziny, oświadczam, że dysponujemy niżej wymienionymi osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia

Lp.	Imię i Nazwisko	Stanowisko/zakres wykonywanych czynności	Kwalifikacje zawodowe	Staż pracy na stanowisku

....., dnia 2020 r.
(miejscowość)

.....
(podpis własnoręczny osoby uprawnionej / osób
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy)