

DANE WYKONAWCY:

Pełna nazwa

.....

Adres

.....

Tel..... Fax..... e-mail.....

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia pn: „Świadczenie usług stwierdzenia zgonu i wystawienia karty zgonu osób zmarłych w miejscach publicznych na terenie powiatu nowotomyskiego w przypadku, gdy nie będzie można ustalić lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego opiekę medyczną nad zmarłym lub lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie, odpowiadającego za stwierdzenie zgonu”

Lp.	Imię, nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Informacja o podstawie dysponowania osobą
			Dysponowanie samodzielne/osoba zostanie udostępniona przez inny podmiot * **
			Dysponowanie samodzielne/osoba zostanie udostępniona przez inny podmiot * **
			Dysponowanie samodzielne/osoba zostanie udostępniona przez inny podmiot * **
			Dysponowanie samodzielne/osoba zostanie udostępniona przez inny podmiot * **

* - niepotrzebne skreślić

** - należy podać nazwę podmiotu, jeżeli osoba zostanie udostępniona przez inny podmiot, przy czym Wykonawca winien przedstawić w ofercie dowód, że będzie dysponował osobami niezbędnymi do realizacji zamówienia. Za dowód Zamawiający uznaje w szczególności pisemne zobowiązanie takiego podmiotu do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu Zamówienia.

.....
miejsowość, data

.....
podpisy Wykonawcy lub osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy