

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 i 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*.....**

*- 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)