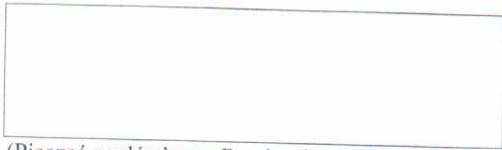


Świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologii

**ZAŁĄCZNIK NR 5 do SWKO
o potencjale technicznym i osobowym wraz z wykazem
osób uczestniczących w wykonywaniu zamówienia**



(Pieczęć nagławkowa Przyjmującego Zamówienie)

**Wojewódzki Szpital im. Zofii
z Zamoyskich Tarnowskiej
w Tarnobrzegu
ul. Szpitalna 1,
39-400 Tarnobrzeg**

OŚWIADCZENIE

MY, NIŻEJ PODPISANI

.....
działając w imieniu i na rzecz Przyjmującego Zamówienie:

.....
(nazwa firmy Przyjmującego Zamówienie)

OŚWIADCZAMY że :

posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny , a także dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia oraz że złożone informacje mające wpływ na wynik postępowania są prawdziwe.

WYKAZ OSÓB

jakimi będzie dysponował wykonawca i które będą wykonywać zamówienie lub będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia ze szczególnym uwzględnieniem kierownika laboratorium

L.p.*	Imię i nazwisko	Stanowisko/zakres czynności wskazanej osoby	Posiadane uprawnienia (dokument, nr i data) jeżeli dana osoba posiada

Do wykazu należy dołączyć kopie posiadanych uprawnień potwierdzających kwalifikacje oraz dokumenty potwierdzające wpis do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych

*** Uwaga**

ilość wierszy jest przykładowa

.....
podpis osoby(osób) uprawnionej(ych) do
reprezentowania Przyjmującego Zamówienie