Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**Dostosowanie Dziedzinowych Systemów Informatycznych w SP ZOZ MSWiA
w Koszalinie w ramach Projektu e-Zdrowie w SP ZOZ MSWiA: rozwój nowoczesnych
e-usług publicznych dla pacjentów.**

ja, niżej podpisany ………………………………………………… działając w imieniu i na rzecz:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(pełna nazwa oraz adres siedziby Wykonawcy)

poniżej przedkładam:

**WYKAZ OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe w zakresie wymagań określonych w SWZ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Załączam oświadczenie (zał. nr 7 do SWZ) potwierdzające, że w/w osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia.

…………………………………………………………………………….

*podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy*

……………………………………

*data*

*Uwaga*

*ZAMAWIAJĄCY ZAZNACZA, ŻE NINIEJSZY FORMULARZ JEST TYLKO WZOREM I TO DO WYKONAWCY NALEŻY PRAWIDŁOWE WYPEŁNIENIE.*