Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji w Koszalinie**

**75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

*(pieczęć Wykonawcy)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko** | **Wykształcenie** | **Rodzaj i okres umowy na podstawie, której zatrudniony jest pracownik** | **Ilość pracowników** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*.......................................*

 *(miejscowość, data)*

 *..................................................................*

(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu)