Załącznik Nr 5 do SWZ

Oznaczenie sprawy: 04/ZP/2023

................................, dnia .................... 2023 r.

 *(miejscowość) (data)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(oznaczenie Wykonawcy)*

 **WYKAZ OSÓB**

 **skierowanych do realizacji zamówienia na**

 Usługi w zakresie wykonywania okresowych przeglądów technicznych, konserwacji

 oraz napraw pogwarancyjnych aparatury i sprzętu medycznego

w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Proszowicach

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** |  **Oznaczenie** **pakietu** | **Imię i Nazwisko** | **Uprawnienia SEP** **( grupa, kategoria, data ważności uprawnień)** | **Posiadane doświadczenie (okres doświadczenia wynikający z dokumentów potwierdzających, np. certyfikatów ze szkoleń)** | **Oznaczenie dokumentu potwierdzającego posiadane doświadczenie (np. nr certyfikatu szkolenia, oznaczenie podmiotu wydającego certyfikat, data wystawienia, okres ważności)** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Podstawa****do dysponowania osobą** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |