Załącznik Nr 5 do SWZ

Oznaczenie sprawy: 17/ZP/2024

................................, dnia .................... 2024 r.

*(miejscowość) (data)*

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

*(oznaczenie Wykonawcy)*

**WYKAZ OSÓB**

**skierowanych do realizacji zamówienia na**

Kompleksowe usługi serwisowe

sprzętu medycznego wynikające z bieżącej eksploatacji

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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |