

 **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**
 ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

 www.zzozwadowice.pl, email: sekretariat@zzozwadowice.pl

***Załącznik nr 2***

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA (wzór)**

Przystępując do zapytania ofertowego pn „Opracowanie dwóch programów funkcjonalno - użytkowych dla ZZOZ
w Wadowicach

przedkładamy wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu umowy, legitymujące się kwalifikacjami zawodowymi i doświadczeniem odpowiednimi do funkcji, jakie zostaną im powierzone, celem wykazania spełnienia opisanego przez Zamawiającego warunku w zakresie zdolności technicznej i zawodowej osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Poz | Imię i nazwisko  | Funkcja | Opis doświadczenia, potwierdzający spełnianie warunku opisanego w Rozdziale V pkt 1.1. | Podstawadysponowaniaosobami |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*…………………………………………………………………………*

*data i podpis(y) osób(y) upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawc****y***