**Załącznik nr 5 do SWZ**

**11/2021**

**Zamawiający:**

Szpital Powiatowy w Nowym Mieście Lubawskim spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

ul. Mickiewicza 10

13-300 Nowe Miasto Lubawskie

**dot. postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługę żywienia pacjentów Szpitala Powiatowego w Nowym Mieście Lubawskim sp. z o.o.**

##### Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa.........................................................................................................

Siedziba......................................................................................................

Nr telefonu/faksu.........................................................................................

Nr NIP.........................................................................................................

Nr REGON..................................................................................................

Adres poczty elektronicznej……………………………………………………

**Wykaz osób uprawnionych do realizacji zamówienia publicznego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe, doświadczenie i wykształcenie | Zakres wykonywanych czynności | Podstawa do dysponowania  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

........................ ...............................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy