**Załącznik nr 7 do SWKO**

……………………………….

Pieczątka Wykonawcy

**WYKAZ OSÓB**

**które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia**

*zgodnie z SWKO*

**„Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej wykonywanych dla SP ZOZ MSWiA w Opolu oraz dzierżawy pomieszczeń laboratorium”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Stanowisko** | **Posiadana specjalizacja** | **Nr prawa wykonywania zawodu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………………………………………….

Podpis Wykonawcy