**Zamawiający: Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu ul. Grabiszyńska 105**

……………………………………

 *Pieczątka Wykonawcy*

**WYKAZ OSÓB**

w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu dotyczących zdolności technicznej lub zawodowej określonych w SWZ wykazujemy niżej

wymienione osoby skierowane do realizacji zamówienia oraz oświadczamy, że osoby te posiadają wymagane uprawnienia niezbędne do realizacji zamówienia.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Podstawa do****dysponowania****tymi osobami\*** | **Zakres wykonywanych****czynności** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Doświadczenie**  | **Wykształcenie** | **Uprawnienia** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

***\* umowa o pracę, umowa –zlecenie, inne (wpisać jakie)***

data , podpis osób uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy