Załącznik nr 7 do ogłoszenia

………………………………………

 Pieczęć Wykonawcy

 **WYKAZ OSÓB**

Zatrudnionych na umowę o pracę, skierowanych do realizacji zamówienia:

  **„USŁUGI MEDYCZNE Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Uprawnienia****Informacja o podstawie do dysponowania (\*)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(\*) – np. Pracownik firmy/podwykonawcy

……………………………… ………………………………………

miejscowość i data czytelny podpis lub podpis z pieczątką imienną

osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy