**Załącznik nr 5**

**do Szczegółowych warunków konkursu ofert**

**NAZWA OFERENTA: …………………………...**

**ADRES: …………………………...**

Niniejszym oświadczam, iż w realizacji zamówienia na udzielenie świadczeń zdrowotnych obejmujących swym zakresem: diagnostykę laboratoryjną, mikrobiologię i serologię z prowadzeniem banku krwi w pomieszczeniach dzierżawionych od Udzielającego zamówienia uczestniczyć będą osoby zgodnie z poniższym „Wykazem”

**WYKAZ OSÓB**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **kwalifikacje zawodowe** | **doświadczenie i wykształcenie** | **zakres wykonywanych przez osobę czynności** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Do niniejszego wykazu załączamy stosowne uprawnienia osób w nim wskazanych

………………………….. ...........................................................

Miejscowość i data Pieczęć i podpis Oferenta