WOJEWÓDZKA STACJA
Sanitarno-Epidemiologiczna
ul. Spedytorska 6/7
70-632 SZCZECIN

Załącznik nr 8 do SIWZ

A.272.7.2015

Nazwa Wykonawcy/Wykonawców[1] w przypadku oferty wspólnej:

.....

Adres: .....

TEL. .....

REGON: .....

NIP: .....

FAX na który zamawiający ma przesyłać korespondencję .....

Adres e – mail .....

WYKAZ OSÓB,
KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA

Lp.	Imię i nazwisko	Zakres wykonywanych czynności – funkcja	Dane dotyczące kwalifikacji zawodowych, doświadczenia zawodowego i wykształcenia	Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami /np. umowa o pracę, umowa zlecenie, zobowiązanie podmiotów trzecich
1				

Oświadczam, że wskazana osoba posiada wymagane uprawnienia*
*Niniejszy wykaz jest jednocześnie oświadczeniem że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia,

PODPIS(Y):

Nazwa (y) Wykonawcy (ów)	Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej (ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów)	Podpis (y) osoby (osób) upoważnionej (ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy (ów)	Miejscowość i data

[1] w przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące każdego z Wykonawców i Pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia