**Załącznik nr 6 do SWZ**

|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB**  **DO**  **POSTĘPOWANIA W TRYBIE PODSTAWOWYM**  **usługa naprawy i wykonywania okresowych przeglądów sprzętu oraz aparatury medycznej produkcji firmy PENTAX**  **Nr sprawy MCM/WSM/ZP22/2023** |

Nazwa i adres Wykonawcy:

.............................................................

.............................................................

............................................................

Wykaz osób na potwierdzenie warunków w postępowaniu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Powierzone stanowisko** | **Doświadczenie zawodowe, kwalifikacje , uprawnienia** | **Informacja o podstawie dysponowania\*** |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | *5.* |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

\*Wykonawca w informacji o podstawie dysponowania wykazanymi osobami zobowiązany jest określić, że polega lub nie polega na zasobach podmiotu trzeciego w tym zakresie

*…………….…………….…. ……………..………………………………….…………..*

*(miejscowość),dnia Podpis/y w formie lub postaci elektronicznej*

*osoby/osób uprawnionych do składania*

*oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*