

**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**  
 ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

www.zzozwadowice.pl, email: [sekretariat@zzozwadowice.pl](mailto:sekretariat@zzozwadowice.pl)

***Załącznik nr 2***

***Wykaz osób które będą uczestniczyły w wykonywaniu zamówienia***

Przystępując do zapytania ofertowego pn „Usługa ostrzenia i regeneracji narzędzi chirurgicznych i medycznych dla ZZOZ w Wadowicach”

przedkładamy wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usługi, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywania przez nie czynności oraz informacji o podstawie do dysponowania tymi osobami.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Zakres wykonywanych czynności | Wykształcenie | Doświadczenie | Uprawnienia | Podstawa do dysponowania |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

Zamawiający wymaga dołączenia do oferty kserokopii imiennych zaświadczeń / certyfikatów ukończonych szkoleń/ kursów potwierdzających posiadaną wiedzę i umiejętności niezbędne do wykonywania usługi ostrzenia i/lub regeneracji narzędzi chirurgicznych.

*............................................... , ............................................................ ,*

*(miejscowość, data) (osoba uprawniona do*

*reprezentowania Wykonawcy)*