

WYKAZ OSÓB

Załącznik 3

które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia (DA.ER.232.39.2020) pn. „Świadczenie usług - wykonanie zlecenia w postaci sporządzeniaopisu dokumentacji praktyk zawodowych realizowanych w ramach Wydziału Nauk o Zdrowiu Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku na kierunku Położnictwo”.

Część Nr:	Imię i nazwisko	Wykształcenie (tytuł naukowy, dziedzina/zakres/ specjalizacja)	Doświadczenie zawodowe (doświadczenie/staż pracy w zawodziepielęgniarki/ położnej) Kwalifikacje zawodowe	Informacja o podstawie do dysponowania osobami (np. osobiście, umowa o pracę, umowa o dzieło itp. )
.....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	Staż.....lat Zakres..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
.....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	Staż.....lat Zakres..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....

zawarte informacje mają potwierdzać spełnianie przez Wykonawcę warunków w ogłoszeniu o zamówieniu w pkt. 5.2.

**Oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane wykształcenie, doświadczenie, kwalifikacje.**

....., dnia ..... 2020 r.

(miejscowość)

.....

(podpis Wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela)

