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

 (pieczęć Wykonawcy)

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„Świadczenie usług transportu sanitarnego pacjentów, transportu personelu medycznego oraz materiałów biologicznych na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Koszalinie”**

ja, niżej podpisany ……………............................................................................. działając
w imieniu i na rzecz:

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

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

(pełna nazwa oraz adres siedziby Wykonawcy)

poniżej przedkładam:

**WYKAZ KWALIFIKACJI PERSONELU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | NAZWISKO PRACOWNIKA | FUNKCJA PRACOWNIKA | KWALIFIKACJE | UWAGI |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

 ...................................., dnia ...................................... ...........................................

 (podpis)