**Załącznik Nr 3**

**WYKAZ OSÓB JAKIMI BĘDZIE DYSPONOWAŁ WYKONAWCA**

**Z INFORMACJĄ NA TEMAT ICH KWALIFIKACJI**

**Do konkursu ofert nr K/1/IV/2019**

na:

**„Świadczenie na świadczenie usług zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, serologii i prowadzenia Banku Krwi.”**

**w okresie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy.**

Dane Oferenta:

Nazwa.............................................................................................................................

Siedziba..........................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko** | **Posiadane uprawnienia** | **Zakres czynności** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( data, imię i nazwisko)

(podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy)