Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 658-43-24 fax 012 658-43-76
http://www.zol.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 10 do SIWZ

.....
/Pieczątka adresowa firmy/

WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA

Niniejszym przedstawiamy wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami,

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Doświadczenie i wykształcenie	Zakres wykonywanych czynności	Informacja o podstawie dysponowania osobą

.....
/Miejscowość i data/

.....
/podpis osoby(osób) uprawnionej(ych

ISO 9001:2008