*Załącznik nr 4 – Wykaz osób*

dotyczy przetargu nieograniczonego na usługę transportu pacjentów dializowanych w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.

znak ZP/2501/82/23

**Pełna nazwa Wykonawcy:**

**Adres Wykonawcy:**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia na usługę transportu osób dializowanych:

**Wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Rodzaj wykonywanej czynności(kierowca/noszowy) | Prawo jazdy min. kat B \* | Ukończony kurs pierwszej pomocy\* | Ukończony kurs BHP\* | Podstawa dysponowania (np. umowa o pracę) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**\***należy wpisać **Tak** lub **Nie**

|  |
| --- |
| Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty |
|  |