

## WYKAZ OSÓB

Załącznik 5

które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia DA.ER.232.31.2019 pn. „Świadczenie usług - prowadzenia dokumentacji w charakterze opiekuna stażu w ramach zajęć praktycznych podczas szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego oraz pielęgniarstwa operacyjnego dla pielęgniarek”.

Nr części	Imię i nazwisko	Wykształcenie (tytuł naukowy, dziedzina/zakres/specjalizacja)	Doświadczenie zawodowe (doświadczenie/staż pracy) Kwalifikacje zawodowe	Nazwa i adres placówki, w której zatrudniona jest osoba uczestnicząca w wykonaniu zamówienia	Informacja o podstawie do dysponowania osobami (np. <b>osobiście, umowa o pracę, umowa o dzieło itp.</b> )
.....	.....	.....	Staż.....lat Zakres..... .....sspecjalizacja.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

\* zawarte informacje mają potwierdzać spełnianie przez Wykonawcę warunków wskazanych w pkt. 5.3. w Ogłoszeniu o zamówieniu  
**Oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane wykształcenie, doświadczenie, kwalifikacje**  
 ....., dnia ..... 2019 r.  
 (miejscowość)

.....  
 (podpis Wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela)

