

WYKAZ OSÓB

Załącznik nr 4

które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia DA.PM.232.60.19 „Świadczenie usług edukacyjnych osób dorosłych na poziomie akademickim w ramach Wydziału Nauk o Zdrowiu Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku na kierunku Pielęgniarstwo”

Nr części	Imię i nazwisko	Wykształcenie (tytuł naukowy, dziedzina/zakres/ specjalizacja)	Doświadczenie zawodowe (doświadczenie/staż pracy w zawodzie pielęgniarki) Kwalifikacje zawodowe	Informacja o podstawie do dysponowania osobami (np. osobiście, umowa o pracę, umowa o dzieło itp. )
	..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....	Staż.....lat Zakres..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....	Staż.....lat Zakres..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....

				..... .....
	..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....	Staż.....lat Zakres..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....	Staż.....lat Zakres..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
	..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....	Staż.....lat Zakres..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

				..... .....
	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	Staż.....lat Zakres..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

zawarte informacje mają potwierdzać spełnianie przez Wykonawcę warunków 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)

