**Sprawa numer 47/2025/PO/SOO**

*Załącznik nr 2 do SWZ*

**WYKAZ OSÓB FIRMY ………. BIORĄCEJ UDZIAŁ W WIZJI LOKALNEJ NA KONTRAKTOWANIE**

**USŁUGI SUFO W DNIACH … …. …. .**

| **Lp.** | **Nazwa firmy** | **Imię** | **Nazwisko** | **Obywatelstwo** | **Numer poświadczenia bezpieczeństwa i data ważności** | **Numer zaświadczenia stwierdzającego odbycie szkolenia w zakresie ochrony informacji niejawnej** | **Numer Legitymacji Kwalifikowanego pracownika ochrony fizycznej** | **Marka i model pojazdu** | **Numer rejestracyjny** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| miejscowość |  | data |  | podpis wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela |

Uwaga! Wymagany kwalifikowany podpis elektroniczny