ZPZ-15/04/25

**Wykonawca:**

........................................................................................................

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykaz osób na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: ***„Przegląd oraz naprawy pogwarancyjne urządzeń endoskopowych firmy Olympus”*, znak sprawy: ZPZ-15/04/25**prowadzonego przez Szpital Kliniczny Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie*,* na potwierdzenie spełniania podmiotowych warunków udziału w postępowaniu w zakresie dysponowania minimum 2 pracownikami (osobami) posiadającymi certyfikat szkoleniowy producenta lub autoryzowanego przez producenta ośrodka szkoleniowego w zakresie serwisu urządzeń endoskopowych produkcji Olympus, którzy będą realizowali usługi będące przedmiotem zamówienia, przedkładam listę osób będących realizować umowę w zakresie wykonywania przeglądów, napraw, czynności konserwacyjnych i aktualizacji.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Imię i nazwisko | Data nadania uprawnienia | Data ważności uprawnienia | Rodzaj uprawnienia | Zakres czynności w realizacji umowy |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

**Oświadczenie, że osoby wymienione w wykazie posiadają wymagane przez zamawiającego uprawnienia.**

.................................., dnia ...............................

***Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym***

*przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z formą*

*reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie,*

*właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego*

*przedstawiciela Wykonawcy/Wykonawców.*