MGOPS.26.1.2026

Załącznik nr 4 do SWZ

WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ WYKONYWAĆ ZAMÓWIENIE

Lp.	Imię i nazwisko	Stanowisko	Wykształcenie	Uprawnienia	Podstawa dysponowania
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSTKIE WW. OSOBY POSIADAJĄ AKTUALNE ORZECZENIE DO CELÓW SANITARNO EPIDEMIOLOGICZNYCH ORAZ SPEŁNIAJĄ WYMAGANIA ZAMAWIAJĄCEGO POSTAWIONE W SWZ

……..

Podpis wykonawcy