**IZBA WYTRZEŹWIEŃ**
ul. Kasztanowa 16, 87-100 Toruń
sekretariat tel./fax 56/645 89 96
sekretariat@moeipu.pl www.iw.torun.pl

Załącznik Nr 8 do SWZ

Znak sprawy: IW.2.26.1.1.2026

**Zamawiający:** Izba Wytrzeźwień w Toruniu, ul. Kasztanowa 16, 87-100 Toruń

**Wykonawca:**

……
*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*
reprezentowani przez:

……
*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

## WYKAZ OSÓB I PODMIOTÓW, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Świadczenie usług medycznych w ramach dyżurów lekarskich na rzecz Izby Wytrzeźwień w Toruniu w okresie od 1.01.2027r. do 31.12.2027r.**, oświadczam, co następuje:

| L.p. | Imię i nazwisko / nazwa ( firma ) i adres | Zakres wykonywanych czynności | Kwalifikacje zawodowe |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |

…….
Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty