**Usługa transportu sanitarnego, nr sprawy 14/2022**

**Wykaz personelu / osób**

**Nazwa Wykonawcy**: .......................................................................................................................................

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

**Adres:** ..............................................................................................................................................................

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wykształcenie –zawód wykonywany (np. lekarz, ratownik medyczny, pielęgniarka lub kierowca) | Specjalizacja – nazwa i stopień lub kategoria posiadanych uprawnień do prowadzenia pojazdów (dot. kierowców) | Liczba osób przedstawionych do wykonywania usługi | Informacja o podstawie do dysponowania wymienionymi w wykazie osobami |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

W zakresie dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia:

Wykonawca dysponuje osobami o kwalifikacjach zawodowych zgodnych z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 (Dz.U.2021.2053 t.j. ze zm.) oraz z ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2021.790 t.j. ze zm.).

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

miejscowość, data podpis osób uprawnionych do reprezentowania

Wykonawcy