**Załącznik nr 4**

**Dotyczy: Przetarg nieograniczony 10/PN/U/PL/2019 na usługi przewozowe ambulansem pod opieką lekarską, przewóz pacjentów z ratownikiem medycznym, przewóz pacjentów z sanitariuszem oraz transport samochodowy na rzecz SPWZOZ w Stargardzie**

**Wykaz osób i podmiotów, które będą wykonywać zamówienie lub będą uczestniczyć   
w wykonywaniu zamówienia[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Specjalność/ zawód** | **Doświadczenie** | **Podstawa do dysponowania tą osobą [[2]](#footnote-2)** |
|  |  |  |  | Dysponuje\*  Będę dysponował \* |
|  |  |  |  | Dysponuje\*  Będę dysponował \* |
|  |  |  |  | Dysponuje\*  Będę dysponował \* |
|  |  |  |  | Dysponuje\*  Będę dysponował \* |
|  |  |  |  | Dysponuje\*  Będę dysponował \* |
|  |  |  |  | Dysponuje\*  Będę dysponował \* |
|  |  |  |  | Dysponuje\*  Będę dysponował \* |
|  |  |  |  | Dysponuje\*  Będę dysponował \* |

Dodatkowo osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia na stanowisku kierowcy, muszą posiadać wymagane uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych. Kopię dokumentu potwierdzającego spełnienie w/w warunku należy dołączyć do wykazu.

Podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

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

1. Do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i wykształcenie [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)