**Załącznik nr 7 do SWZ**

**………………………………………**

**(pełna nazwa Wykonawcy)**

**WYKAZ PERSONELU**

na potrzebę udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na **Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy realizowane na rzecz żołnierzy i pracowników wojska z podziałem na 5 zadań.’’**

nr postępowania 93/PN/2024.

**(dokument składany na wezwanie Zamawiającego)**

1. Oświadczam, że dysponuję nw. personelem lekarskim posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zawodowe, w ilości niezbędnej do pełnej realizacji zamawianych procedur medycznych zgodnie z treścią formularza kalkulacyjnego dla: **zadania 1 – min. 4 lekarzy, zadania 2 – min. 2 lekarzy, zadania 3- min. 2 lekarzy, zadania 4 – min. 1 lekarz**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje/specjalizacje** | **Stanowisko** | **Podstawa dysponowania (umowa o pracę, inna forma)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**dokument należy podpisać elektronicznie**