**Wykaz osób**

Oświadczam, że:

dysponuję (będę dysponować) następującymi osobami odpowiedzialnymi za realizację zamówienia posiadającymi kwalifikacje zawodowe ratownik medyczny:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Liczba osób posiadających kwalifikacje zawodowe: ratownik medyczny** *(w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*) **odpowiedzialnych za realizację zamówienia w centrum monitoringu** | **Podstawa wykonywania zawodu ratownika medycznego** (*np. tytuł licencjata lub magistra na kierunku/specjalności ratownictwo medyczne; dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny – odpowiednio dla każdej osoby*) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |