**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*) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |