**załącznik nr 6 do oferty**

**Wykaz personelu uprawnionego do realizowania zamówienia wraz z dokumentami potwierdzającymi te uprawnienia – oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby realizującej zamówienie | Nr prawa wykonywania zawodu |  Miejsce zatrudnienia ( oddział/ instrumentowanie do zabiegów z zakresu- podać jakich np. kardiochir. Chir. Itp.) |  Doświadczenie w pracy w danym oddziale -okres zatrudnienia | stanowisko |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |

……………….......................................

/data, podpis oferenta – osoby upoważnionej/