

**Załącznik nr 4a do SIWZ**

**Nazwa zamówienia:**

„KOMPLEKSOWA INFORMATYZACJA SP ZOZ MSW W RZESZOWIE W RAMACH PSIM - ROZSZERZENIE”

**1. Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Rzeszowie

Ul. Krakowska 16

35-111 Rzeszów

**2. Wykonawca:**

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

**Wykaz osób, (w zakresie podanym w warunku), które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami**

L.p.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe, doświadczenie i wykształcenie	Doświadczenie zawodowe	Zakres wykonywanych czynności	Informacja o podstawie dysponowania tymi osobami
1	2	3	4	5	6

....., dnia .....  
*Miejscowość*

.....  
*Podpis osoby (osób) upoważnionej do występowania w imieniu Wykonawcy<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Požadany czytelny podpis albo podpis i pieczętka z imieniem i nazwiskiem