



WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU usług serwisowych angiografu PHILIPS Allura Xper FD 20C przez okres 48 miesięcy dla SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie

Lp.	IMIĘ I NAZWISKO	ZAKRES WYKONYWANYCH CZYNNOŚCI tzn. opis stanowiska powierzonego wykazanej osobie	KWALIFIKACJE (wskazać rodzaj posiadanych uprawnień zgodnie z wymogiem opisanym w SIWZ, w szczególności posiadanie aktualnego certyfikatu potwierdzającego przebyte szkolenia u producenta aparatu, które są niezbędne do prawidłowego realizowania usług serwisowych angiografu PHILIPS Allura Xper FD 20C)	WYKSZTAŁCENIE (kierunek), Należy podać faktycznie ukończony kierunek (nazwa kierunku i uczelni) przez wykazaną osobę	DOŚWIADCZENIE (informacje o zamówieniach, w których osoba uczestniczyła)	INFORMACJA O PODSTAWIE DYSPONOWANIA DANĄ OSOBĄ, w szczególności poprzez użycie sformułowania „dysponuję/ dysponujemy osobą na podstawie ...” (podać podstawę dysponowania osobą – np. sformułowanie „umowa o pracę”, „umowa zlecenia”, „zobowiązanie innego podmiotu”) albo „będę/będziemy dysponować osobą na podstawie ... (podać podstawę dysponowania osobą – np. sformułowanie „umowa zlecenia”, „zobowiązanie innego podmiotu”) – z wyłączeniem sytuacji, gdy dana osoba jest jednocześnie Wykonawcą (jako osoba fizyczna)
1						

2						
3						
4						
5						

UWAGA:

- 1. Zamawiający od Wykonawcy wymaga, ażeby osoby wykonujące czynności związane z realizacją przedmiotu zamówienia zatrudnione były na wyłącznie na podstawie umowy o pracę (podstawa prawna: art. 29 ust. 3a ustawy Prawo zamówień publicznych);**
- 2. Do niniejszego wykazu osób należy dołączyć kopie posiadanych przez nich aktualnych certyfikatów potwierdzających przebyte szkolenia u producenta aparatu, które są niezbędne do prawidłowego realizowania usług serwisowych angiografu PHILIPS Allura Xper FD 20C (co najmniej dla dwóch wymienionych w wykazie osób).**

Data _____.

czytelny podpis lub podpis z pieczętą imienną
osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy