**ZAŁĄCZNIK nr 8**

/pieczęć adresowa Wykonawcy/

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU PRZEDMIOTOWEGO ZAMÓWIENIA**

wraz z informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami

ja/my\*, niżej podpisany/podpisani\*.

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

/ imię i nazwisko/

reprezentując ...................................................................................................................................................

/pełna nazwa i adres wykonawcy/

jako upoważniony/upoważnieni na piśmie /wpisany/wpisani \* w rejestrze

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

w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam/oświadczamy\*, że przy realizacji przedmiotowego zamówienia tj.: **„*świadczenie usług medycznych dla pracowników i studentów Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu”***będą uczestniczyć osoby wymienione w załączniku nr 8.1.\* i/lub 8.2.\* do SIWZ (tabela) spełniające wymagania, o których mowa w Rozdziale VIII ust.1 pkt 2) ppkt c SIWZ.

…............................, dn. ….........................

miejscowość i data

……………………………………... pieczęć podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

\*niepotrzebne skreślić

*POUCZENIE:*

*art. 297 §1 Kodeks Karny: Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego (…) przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nieczytelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania (…) zamówienia podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

**ŁĄC**

**ZAŁACZNIK nr 8.1**

***(dotyczy części I)***

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU PRZEDMIOTOWEGO ZAMÓWIENIA**

*świadczenie usług medycznych dla pracowników i studentów Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu*

| **Imię i nazwisko** | | **Specjalizacja**  (spełniające wymagania, o których mowa w rozdziale  VIII ust.1 pkt 2) ppkt c SIWZ) | **Doświadczenie**  (min 5 letnia praktyka zawodowa)  TAK/NIE\* | **Nr uprawnień**  do wykonywania  zawodu lekarza | **Informacja**  o podstawie do  dysponowania tymi  osobami: umowa o pracę, umowa kontraktowa |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **[1]** | | **[2]** | **[3]** | **[4]** | **[6]** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

⃰ Właściwe wpisać

…............................, dn. …......................... ………………………………………..…………………………

miejscowość i data (podpis i imienna pieczęć wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela)

**ZAŁĄCZNIK nr 8.2**

***(dotyczy części II)***

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU PRZEDMIOTOWEGO ZAMÓWIENIA**

*świadczenie usług medycznych dla pracowników i studentów Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu*

| **Imię i nazwisko** | | **Specjalizacja**  (spełniające wymagania, o których mowa w rozdziale  VIII ust.1 pkt 2) ppkt c SIWZ) | **Doświadczenie**  (min 5 letnia praktyka zawodowa)  TAK/NIE\* | **Nr uprawnień**  do wykonywania  zawodu lekarza | **Informacja**  o podstawie do  dysponowania tymi  osobami : umowa o pracę, umowa kontraktowa |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **[1]** | | **[2]** | **[3]** | **[4]** | **[6]** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

⃰ Właściwe wpisać

…............................, dn. …......................... ………………………………………..…………………………

miejscowość i data (podpis i imienna pieczęć wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela)