

Szpital Powiatowy w Rykach sp. z o.o.

Załącznik nr 3 ZP/SZP/03/2021

Przygotowanie wraz z dostawą całodziennego wyżywienia dla pacjentów Szpitala Powiatowego w Rykach Sp. z o. o.

Nazwa Wykonawcy

Adres Wykonawcy

Miejscowość Data

WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj specjalności | Imię i nazwisko wraz z informacją o podstawie dysponowania daną osobą | Informacje na temat kwalifikacji zawodowych i wykształcenia oraz doświadczenia (wskazanie nazw i adresów podmiotów leczniczych) |
| Dietetyk |  |  |
|  |  |  |

(podpis Wykonawcy)

*dokument opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

Szpital Powiatowy w Rykach sp. z o.o., ul. Żytnia 23, 08-500 Ryki  
tel. centrala: 81 307 81 10, tel. sekretariat: 533 327 028, e-mail: [sekretariat@rykiszpital.pl](mailto:sekretariat@rykiszpital.pl)  
NIP 506 011 81 85, KRS 0000767134, REGON 382358228  
rykiszpital.pl