Załącznik nr 3

ZP/SZP/10 /2023

***Wykonywanie usług w zakresie bieżącej konserwacji dźwigów osobowych w budynku Szpitala Powiatowego w Rykach Sp. z o.o.***

Nazwa Wykonawcy .................................................................................................

Adres Wykonawcy .................................................................................................

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Specjalność** | **Imię i nazwisko** | **Informacje na temat kwalifikacji zawodowych, uprawnień, wykształcenia** |
| |  | | --- | | Konserwator dźwigów | |  |  |
| |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | Eksploatator urządzeń do 1 kV | | |  |  |

………………………………………………

(data, podpis Wykonawcy)