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)