

Nazwa (firma) lub Nazwisko  
imię oraz adres oferenta  
nr tel. / fax.

....., dnia .....

**Zakład Gospodarki Mieszkaniowej  
95-200 Pabianice, ul. Warzywna 6**

dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„„OFERTA-**

**„Świadczenie przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego – Zakładu  
Gospodarki Mieszkaniowej w Pabianicach usług z zakresu  
medycyny pracy”**

**WYKAZ OSÓB**

oświadczam, iż wszystkie osoby prowadzące prace w charakterze:

Lp.	Imię i Nazwisko	Rodzaj stanowiska	Kwalifikacje/ Doświadczenie zawodowe	Sposób dysponowania

na w/w terenie są zatrudnione na podstawie umowy o pracę

Ponadto oświadczamy, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia.

*kwalifikowany podpis  
elektroniczny, podpis zaufany lub  
podpis osobisty osób(-y)  
uprawnionych (-ej) do składania  
oświadczenia woli w imieniu  
wykonawcy*