**Nr postępowania: 2024.15.ZP Załącznik nr 5 do SWZ**

**(złożyć w przepisanym terminie – *vide* Dział VIII SWZ)**

**WYKAZ OSÓB**

**dla części ……… zamówienia**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………..

w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu prowadzonym w trybie podstawowym pn.:

**Świadczenie usługi w zakresie wykonywania okresowych przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego dla Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie przez 12 miesięcy**

Przedstawiam(-y) następujące informacje:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i Nazwisko** | **Posiadanie uprawnień do serwisowania i naprawy urządzeń stanowiących przedmiot zamówienia lub upoważnienia zgodnie z art. 63 pkt 3 Ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2022 poz. 974) do wykonywania czynności serwisowych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela w zakresie aparatury medycznej**  **TAK/NIE**  **(wpisać właściwe)** | **Informacja  o podstawie do dysponowania daną osobą** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |