**Załącznik nr 6 do SWZ**

**………………………………………**

**(pełna nazwa Wykonawcy)**

**WYKAZ PERSONELU**

na potrzebę udziału w postępowaniu na **Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy realizowane na rzecz żołnierzy i pracowników wojska w Łomży’’**

nr postępowania 23/W1/2025.

**(dokument składany na wezwanie Zamawiającego)**

1. Oświadczam, że dysponuję nw. personelem lekarskim posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zawodowe, w ilości niezbędnej do pełnej realizacji zamawianych procedur medycznych zgodnie z treścią formularza kalkulacyjnego dla: **min. 2 lekarzy,**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje/specjalizacje** | **Stanowisko** | **Podstawa dysponowania (umowa o pracę, inna forma)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |