

.....  
 PIECZĘĆ WYKONAWCY  
 (NAZWA I ADRES)

### POTENCJAŁ KADROWY WYKONAWCY

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym przez Uniwersytet Zielonogórski na świadczenie usług medycznych oświadczamy, że zgodnie z warunkami określonymi w SIWZ obowiązującej w przedmiotowym postępowaniu poszczególne funkcje powierzymy następującym osobom:

Imię i nazwisko	Przewidziana funkcja	Podstawa do dysponowania osobą
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
	lekarz orzecznik medycyny pracy	..... ..... ..... *)
	lekarz orzecznik medycyny pracy	..... ..... ..... *)
	lekarz orzecznik medycyny pracy	..... ..... ..... *)
	lekarz neurolog	..... ..... ..... *)
	lekarz okulista	..... ..... ..... *)
	lekarz laryngolog	..... ..... ..... *)
		..... ..... ..... *)

\*) należy uzupełnić

**Wszystkie wyżej wymienione osoby posiadają wymagane wykształcenie, doświadczenie i uprawnienia.**

.....  
 MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....  
 P O D P I S W Y K O N A W C Y