

.....  
pieczęć Wykonawcy

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**  
Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy

1. .... - lekarz ze specjalizacją z zakresu .....  
(imię i nazwisko)
2. .... - lekarz ze specjalizacją z zakresu .....  
(imię i nazwisko)
3. .... - lekarz ze specjalizacją z zakresu .....  
(imię i nazwisko)
4. .... - lekarz ze specjalizacją z zakresu .....  
(imię i nazwisko)
5. .... - lekarz ze specjalizacją z zakresu .....  
(imię i nazwisko)

**Oświadczamy, że wyżej wskazane osoby posiadają wymagane prawem uprawnienia.**

....., dnia .....  
miejsowość data

.....  
podpis Wykonawcy