



**Załącznik Nr 8 do SIWZ**

Numer sprawy : SPZOZ/ZP/123/4/2017

**Zamawiający:**  
Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
ul. Wysokogórska 6  
59-420 BOLKÓW

**Wykaz osób biorących udział w realizacji zamówienia**

L.p.	Imię i nazwisko	Warunek określony przez Zamawiającego	Kwalifikacje zawodowe, doświadczenie, wykształcenie potwierdzające spełnianie warunku	Zakres wykonywanych czynności	Informacja o podstawie dysponowania

.....  
(data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)