Załącznik Nr 8 do SWZ

Znak sprawy: IW.2.26.1.2024

**Zamawiający:** Izba Wytrzeźwień, ul. Kasztanowa 16, 87-100 Toruń

**Wykonawca:**

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowani przez:

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB I PODMIOTÓW,**

**KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**Świadczenie usług medycznych w ramach dyżurów lekarskich na rzecz Izby Wytrzeźwień w Toruniu   
w okresie od 1.01.2025r. do 31.12.2025r. dla zadania nr …………………………….***,* oświadczam, co następuje:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko /**  **nazwa ( firma ) i adres** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Kwalifikacje zawodowe** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |

………………………………….………….

Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty