**POTENCJAŁ KADROWY**

Ja niżej podpisany ………………………… oświadczam w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy, że w wykonaniu zamówienia będą uczestniczyć następujące osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje / uprawnienia** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Podstawa do dysponowania osobą** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **….** |  |  |  |  |

Ponadto oświadczam, że osobą oddelegowaną na stałe na teren Szpitala do bieżącej obsługi urządzeń będzie: ……………….

Uwagi:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………

(podpis uprawnionej osoby)