**WYKAZ OSÓB**

**które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia**

*zgodnie z SWKO*

**”***Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie sekcji zwłok oraz przechowywania zwłok po sekcji powyżej 72 godzin „*

**nr postępowania:OPO/01/K/2023**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Imię i nazwisko*** | ***Posiadana specjalizacja (z określeniem stopnia)*** | ***Numer prawa*** ***wykonywania zawodu*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 dnia ………………………………………………………

podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta