*Załącznik nr 5 do SWZ*

***na*** ***świadczenie usługi utrzymania czystości, wykonywania dezynfekcji, pomocy przy pacjentach oraz usługi transportu wewnętrznego w obiektach będących w użytkowaniu***

***Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu***

*Nr sprawy Szp-241/FZ-095/2024*

# WYKAZ OSÓB, KTÓRE UCZESTNICZYĆ BĘDĄ

# W WYKONANIU ZAMÓWIENIA PN:

**USŁUGA UTRZYMANIA CZYSTOŚCI, DEZYNFEKCJI, POMOCY PRZY PACJENTACH ORAZ TRANSPORTU WEWNĘTRZNEGO W OBIEKTACH BĘDĄCYCH W UŻYTKOWANIU WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO WE WROCŁAWIU**

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacje o podstawie do dysponowania tymi osobami

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stanowisko  | Wykształcenie/ukończone kursy  | Doświadczenie (staż pracy)  | Podstawa dysponowania  |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

…………………….…., dnia ………… ………...................................................................

*(Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania*

*Wykonawcy)*