***ZAŁĄCZNIK nr 8***

***Zamawiający:***

***Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Perzyny w Kaliszu***

***ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz***

Wykonawca:

……………………………………………………..……..................................................................................................

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………….....................................….........................................

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

(posiadających świadectwo stwierdzające kwalifikacje w zakresie gospodarowania odpadami

wydane przez właściwy organ administracyjny) – ***przynajmniej jedna osoba***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe**  Nr i data świadectwa kwalifikacyjnego | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami** |
| 1. |  |  |  |  |

.................................................................................

/ miejscowość, data/ /podpisy, pieczątki-osób upoważnionych/