

znak sprawy: **APP_438_ABM22_2023**
Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

WYKAZ OSÓB

potwierdzający spełnienie warunków udziału w zamówieniu,
określonych w pkt. IV Zapytania ofertowego

Lp.	Imię i nazwisko	Funkcja/stanowisko	Zakres czynności
	Dysponuję na czas realizacji zamówienia, co najmniej 2 osobami, które zostaną skierowane do realizacji badania, które posiadają uprawnienia i kwalifikacje zgodne z Ustawą z dnia 27 lipca 2011 r. o diagnostyce laboratoryjnej.		
1.			
2.			
3.			

Oświadczam, że informacje zawarte w tabelach powyżej są zgodne z prawdą, co poświadczam osobistym podpisem.

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis przedstawiciela upoważnionego
do reprezentacji Wykonawcy)