

znak sprawy: APP_428_ABM22_2022
Załącznik nr 2 do Formularza ofertowego

WYKAZ OSÓB

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

Lp.	Imię i nazwisko	Funkcja/stanowisko	Zakres czynności
	Dysponuję personelem o odpowiednich kwalifikacjach zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania oraz w przypadku Osoby Wykwalifikowanej również zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 6 września 2011 Prawo Farmaceutyczne		
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)