**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Medyczne
w Białogardzie Sp. z o.o.

ul. Chopina 29
78-200 Białogardzie

**Wykonawca:**

**…………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………….**

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

reprezentowany przez:

………………………………………..

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ,,Usługę całodobowego transportu sanitarnego dla Regionalnego Centrum Medycznego w Białogardzie Sp. z o.o.**’’**

1. Oświadczam, że niżej wymienione pojazdy spełniają normy karetek typu A i B, posiadają aktualne ubezpieczenie OC oraz aktualne badanie techniczne.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **IMIĘ I NAZWISKO** | **KWALIFIKACJE ZAWODOWE** | **UPRAWNIENIA** | **WYKSZTAŁCENIE** | **ZAKRES WYKONYWANYCH CZYNNOŚCI** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r. …………………………………………..

 (podpis)