

Załącznik nr 9 do SWZ

.....

.....

(Wykonawca)

.....
(miejsowość i data)

**WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI
ZAMÓWIENIA**

Przedmiot Zamówienia: „Świadczenie usług serwisowych aparatury medycznej producenta PHILIPS
MEDICAL SYSTEM oraz producenta OLYMPUS będących na wyposażeniu
Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu” - Zp/7/PN-7/21

Lp.	Imię i nazwisko	Uprawnienia	Doświadczenie

.....

(Podpis)