**Załącznik nr 2 do SWKO**

**WYKAZ OSÓB**

 Nazwa Oferenta: .........................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres wykonywanych czynności** |  **Imię i nazwisko** | **Informacja o kwalifikacjach zawodowych, doświadczeniu, wykształcenie** |
| Lekarz systemu |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Pielęgniarka systemu |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Ratownik medyczny |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oferent oświadcza, iż w/w osoby zabezpieczą tygodniowy wymiar czasu pracy zespołów Specjalistycznych oraz zespołów Podstawowych w składzie osobowym zgodnym z przepisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz, że jedna osoba w każdym zespole posiada uprawienia do prowadzenia pojazdów.

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

 (data, podpisy i pieczątki uprawnionych reprezentantów
 lub upełnomocnionych przedstawicieli Oferenta)