Znak sprawy: 1/07/2015 Załącznik nr 8 do Zapytania ofertowego

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia pn: ***Audyt zewnętrzny projektu pn: „Dolnośląskie e-Zdrowie etap 2 – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna”***

# 

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

### Nazwa i adres Wykonawcy

.................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Doświadczenie** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Inne niezbędne informacje na potwierdzenie wymagań Zamawiającego zgodnie z Zapytaniem ofertowym**  **(w tym m.in. o zdolności do czynności prawnych i pełni praw publicznych oraz o posiadaniu zaświadczenia o niekaralności)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*( miejscowość, data ) (podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionej/ych*

*do reprezentowania Wykonawcy/ców)*