WSZ.DAT.SZP.042.1.2./2024 **Załącznik nr 3 do SWKO**

Wykaz osób wyznaczonych do realizacji świadczeń

### Ja niżej podpisany

…………………………………………………………………………………………………………

działając w imieniu i na rzecz

…………………………………………………………………………………………………………

(nazwa i dokładny adres Przyjmującego zamówienie)

Oświadczam, że w realizacji zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej całodobowej diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii i serologii transfuzjologicznej oraz wykonywanie badań czystości mikrobiologicznej, a także nadzoru nad Bankiem Krwi wraz z dzierżawą pomieszczeń uczestniczyć będzie personel o uprawnieniach i kwalifikacjach wymienionych poniżej oraz w liczbie gwarantującej należyte wykonanie umowy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Stanowisko | Imię i nazwisko | Kwalifikacje / Uprawnienia zawodowe / Specjalizacje  |
| 1 | Kierownik laboratorium  |  |  |
| 2 | Diagnosta laboratoryjny |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

**Uwaga:**

1. wypełnienie pozycji 1 i 2 jest obowiązkowe, jako że zatrudnianie osób wskazanych w pozycji 1 i 2 stanowi warunek udziału w postępowaniu;
2. osoba pełniąca funkcje Kierownika laboratorium wskazana w pozycji 1 winna spełniać warunki wskazane w art. 10 ust. 1 w zw. z art. 4 ustawy z dnia z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz.U.2023.2125 t.j. z dnia 2023.10.04);
3. osoba zatrudniona na stanowisku Diagnosty laboratoryjnego wskazana w pozycji 2 winna spełniać warunki wskazane w art. 10 ust.1 w zw. z art. 4 pkt. 1) ustawy z dnia z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz.U.2023.2125 t.j. z dnia 2023.10.04);
4. do niniejszego wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające stosowne kwalifikacje / uprawnienia / specjalizacje oraz w przypadku pozycji 1 i 2 podstawy zatrudnienia osób wykazanych w oświadczeniu.

…………………………… ………………………………………………………………………

data Oferent / Przyjmujący zamówienie

lub upoważniony przedstawiciel

(pieczęć i podpis)

Załączniki:

1. ……………….