*Załącznik nr 6 do SWZ*

**Wykaz osób
skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia pn. Pogwarancyjna obsługa serwisowa wraz z naprawami**

 **urządzeń medycznych dla Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. IZP.2411.227.2024.JM**

**,**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby,** **którą dysponuje Wykonawca** | **Kwalifikacje zawodowe**  | **Zakres powierzonych czynności** | **Informacje o podstawie do dysponowania tymi osobami\*** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

\*) wymagane dysponowanie osobami wykonującymi czynności serwisowe i naprawy w zakresie realizacji zamówienia na podstawie umowy o pracę