Nazwa (firma) albo imię i nazwisko Wykonawcy:

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

Siedziba albo miejsce zamieszkania i adres Wykonawcy:

………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Dotyczy: | postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługę pobrania i dostarczenia próbek płynów drenażowych. Oznaczenie sprawy: DT.OT/402/04/2025. |

*Wykonawca spełni warunek dotyczący zdolności technicznej lub zawodowej, jeżeli wykaże, że dysponuje co najmniej jedną osobą pełniącą obowiązki chirurga, skierowaną do realizacji zamówienia przez Wykonawcę, która spełnia łącznie następujące wymagania:*

* *wykształcenie wyższe trzeciego stopnia;*
* *posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w chirurgicznym leczeniu wtórnego zapalenia otrzewnej-( ICD-10: K65)*
* *posiada specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii II stopnia.*

**Wykaz osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Chirurg |
| 1.1 | Imię i Nazwisko  …………………………………………………..  (*należy podać*) |
| 1.2 | Wykształcenie wyższe trzeciego stopnia  TAK [……] NIE [……] |
| 1.3 | Posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w chirurgicznym leczeniu wtórnego zapalenia otrzewnej- ( ICD-10: K65)  TAK [……] NIE [……]  Należy przedstawić oświadczenie |
| 1.4 | Posiada specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii II stopnia.  TAK [……] NIE [……]  Należy przedstawić oświadczenie |
| 1.5 | Podstawa do dysponowania  Należy podać podstawę do dysponowania osobą:  ……………………………………………………………………………………. |
| 2. | ............................... |

……….……….……. (miejscowość), dnia …………….2025 r.

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

*podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania*

*Wykonawcy (składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*