**WYKAZ OSÓB**

Nazwa Podwykonawcy: ..........................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres wykonywanych czynności** | **Imię i nazwisko** | **Informacja o kwalifikacjach zawodowych, doświadczeniu, wykształcenie** | **Zespół S lub P** | **Średniotygodniowy wymiar zatrudniania w formacie**  **godz., min.** |
| Lekarz systemu |  | Kwalifikacje zgodne z art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.  Wykształcenie: ............................. |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Pielęgniarka systemu |  | Kwalifikacje zgodne z art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.  Wykształcenie: ............................. |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Ratownik medyczny |  | Kwalifikacje zgodne z art. 3 pkt 10 lub 58 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.  Wykształcenie: ............................. |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Wykonawca 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 określone w IWK.

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

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