## *Pieczątka firmowa z pełną nazwą oferenta*

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE ZOSTANĄ SKIEROWANE DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Tytuł naukowy / tytuł zawodowy** | **Numer prawa wykonywania zawodu** | **Staż pracy w wykonywaniu badań elektromiografii (EMG) [lata]** | **Nazwa podmiotu nadającego uprawienia do wykonywania EMG** |
|  |  |  |  |  |  |

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

data i podpis Oferenta

lub osoby upoważnionej