***Załącznik nr 6 do SWZ***

***Nr sprawy: 10/2022***

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ WYKONYWAĆ ZAMÓWIENIE ORAZ POSIADANE DOŚWIADCZENIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **IMIĘ I NAZWISKO** | **WYKSZTAŁCENIE oraz POSIADANA SPECJALIZACJA**  | **Miejsce i czas (termin, data) pracy zawodowej w zakresie chirurgii stomatologicznej (minimum dwa lata) Stomatolog /** **DOŚWIADCZENIE W PRACY ZAWODOWEJ (minimum dwa lata) pomoc Stomatologiczna** |
| 1. | **STOMATOLOG**  |  |  |
| 2. | **POMOC STOMATOLOGICZNA** |  |  |