**Załącznik nr 5**

**do zapytania ofertowego**

**nr MGOPS-KO.221.01.2023 z dnia 07.09.2023 r.**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

Imienna lista pracowników, którzy będą realizowali badania, wraz z podaniem ich kwalifikacji

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje (wykształcenie/doświadczenie) |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

……………………………., dnia …………. …………………………………………………

 **(podpis Wykonawcy/osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy, pieczęć imienna i firmowa)**