

Załącznik nr 4 do Zapytania cenowego

**Wykaz osób do realizacji zamówienia**

1. **ZAMAWIAJĄCY:**

**Miasto Łódź – Centrum Administracyjne Pieczy Zastępczej**

**ul. Małachowskiego 74**

**90-159 Łódź**

1. **Niniejsza oferta zostaje złożona przez:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Adres(y) Wykonawcy (ów)** | **NIP** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Na potrzeby zapytania na usługa polegająca na leczeniu stomatologicznym w zakresie ortodoncji dziecięcej dla 10 dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych na ternie miasta Łodzi, oświadczamy, że w realizacji zamówienia brać będzie/będą następujący ortodonta:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko ortodonty | Wykształcenie | Doświadczenie ortodonty | Nazwa podmiotu na rzecz którego zostały wykonane |
| 1. |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ………….………… | …………………………………………………………………….………………………….. |
| Miejscowość / Data | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy (ów). |