**Załącznik nr 4**

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

 pieczęć oferenta

**Liczba i kwalifikacje personelu,**

**który będzie wykonywać badania**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Wykształcenie i kwalifikacje zawodowe | W przypadku personelu wyższego stopień i nazwa specjalizacji |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

 miejscowość i data podpis i pieczątka Oferenta