Załącznik nr 2 do umowy

…………..…………………………………………………….

 (pieczęć Wykonawcy)

**WYKAZ PRACOWNIKÓW I POJAZDÓW PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI UMOWY**

**UMOWA z dnia ….…………..**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr KRS lub CEIDG, NIP, Nazwa i adres Wykonawcy** |  |
| **Umowa dotyczy** | Odbiór odpadów medycznych. |
| **Termin realizacji** | 01.10.2024 – 30.09.2025 |
| **Miejsce realizacji** | SPZOZ w Sławkowie |

| Lp.  | NAZWISKO i Imię | Telefon kontaktowy do osoby funkcyjnej (np. kierownik przedsiębiorcy, menadżer, kierownik, brygadzista, starszy grupy, kierowca pojazdu) |
| --- | --- | --- |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

Wyżej wymienione osoby uczestniczące w procesie realizacji umowy zostały poinformowane o obowiązku zachowania w tajemnicy informacji, jakie uzyskały w związku z wykonywaniem umowy. Obowiązek zachowania tajemnicy trwa zarówno w czasie realizacji umowy jak i po zakończeniu.

| Lp. | MARKA POJAZDU | Numer rejestracyjny pojazdu | UWAGI(np. Nazwisko Imię kierowcy) |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

 …………..……………………………….…………………………….

 (data, pieczęć i podpis Wykonawcy)