**Załącznik nr 4**

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

pieczęć oferenta

**Liczba i kwalifikacje personelu,**

**który będzie wykonywać badania**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych (rodzaj i stopień specjalizacji)** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Stopień naukowy** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

miejscowość i data podpis i pieczątka Oferenta