**ZAŁĄCZNIK NR 3 – do zapytania ofertowego nr 1/09/2024 z dnia 24.09.2024 roku**

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA /**

**LIST OF PERSONNEL ASSIGNED TO THE AUDIT TEAM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Imię i nazwisko (nazwa) / Name | Kwalifikacje zawodowe / Professional Qualifications(title/No.) | Doświadczenie zawodowe / Relevant professional experience | Znajomość branży farmaceutycznej / Knowledge of pharmaceutical industry |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Miejsce i data / Place and date: ……………………….

…..………………………………………………………………….…..

Podpis Oferenta lub osoby uprawnionej do reprezentacji Oferenta /
Signature of the Tenderer or of a person authorized to represent the Tenderer