



**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

**Załącznik nr 4 do SWZ**  
Nr sprawy: **TP 37/25**

**Wykonawca:**

.....  
(Nazwa firmy, adres)

**WYKAZ OSÓB**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:  
**Wykonanie w formule „Zaprojektuj i wybuduj” zadania pn.**  
**„Modernizacji Oddziału nr VI - Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Geriatrii na 1 piętrze w budynku A, znajdującego się w**  
**Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu”**

przedkładam wykaz osób na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w postępowaniu, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji  
zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług:

1. Na potwierdzenie spełnienia warunku posiadania doświadczenia zawodowego w pełnieniu w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert funkcji kierownika budowy lub kierownika robót budowlanych podczas realizacji co najmniej jednej roboty budowlanej polegającej na budowie, remoncie lub przebudowie budynków użyteczności publicznej o powierzchni całkowitej nie mniejszej niż 500 m <sup>2</sup> , (warunek dotyczy każdej wykonanej usługi).						
LP.	Nazwa funkcji	Imię i Nazwisko	Uprawnienia	Doświadczenie (Wykonawca musi wykazać spełnienie warunku określonego w pkt. .... <b>SWZ</b> )	Wykształcenie, kwalifikacje zawodowe	Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Należy określić: „własne zasoby” lub „oddane zasoby do dyspozycji wykonawcy”.

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •



**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

1	Kierownik budowy			1. ..... nazwa zamówienia  ..... termin wykonania  ..... Podmiot na rzecz, którego usługę wykonano (nazwa firmy)		
2. Na potwierdzenie spełnienia warunku posiadania doświadczenia zawodowego w pełnieniu w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert funkcji kierownika robót sanitarnych w specjalności instalacyjnej, w zakresie sieci, instalacji i urządzeń ciepłych, wentylacyjnych, wodociagowych, kanalizacyjnych i gazów medycznych podczas realizacji co najmniej jednej roboty budowlanej polegającej na budowie, remoncie lub przebudowie budynków użyteczności publicznej o powierzchni całkowitej nie mniejszej niż 500 m <sup>2</sup> , (warunek dotyczy każdej wykonanej usługi)						
2	Kierownik robót sanitarnych			1. ..... nazwa zamówienia  ..... termin wykonania  ..... Podmiot na rzecz, którego usługę wykonano (nazwa firmy)		

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)





**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

3. Na potwierdzenie spełnienia warunku posiadania doświadczenia zawodowego w pełnieniu w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert funkcji kierownika robót elektrycznych w specjalności instalacyjnej, w zakresie sieci, instalacji i urządzeń elektrycznych i elektroenergetycznych podczas realizacji co najmniej jednej roboty budowlanej polegającej na budowie, remoncie lub przebudowie budynków użyteczności publicznej o powierzchni całkowitej nie mniejszej niż 500 m<sup>2</sup>, (warunek dotyczy każdej wykonanej usługi)

3	Kierownik robót elektrycznych			1. ..... nazwa zamówienia  ..... termin wykonania  ..... Podmiot na rzecz, którego usługę wykonano (nazwa firmy)		
---	-------------------------------	--	--	---	--	--

4. Na potwierdzenie spełnienia warunku posiadania doświadczenia zawodowego polegającego na wykonaniu w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie – należyce wykonał (jako projektant) co najmniej 1 (jedną) usługę polegającą na opracowaniu projektu w zakresie technologii medycznej obiektów o powierzchni całkowitej co najmniej 500 m<sup>2</sup>

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)





**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

LP.	Nazwa funkcji	Imię i Nazwisko	Uprawnienia	Doświadczenie (Wykonawca musi wykazać spełnienie warunku określonego w pkt. .... SWZ)	Wykształcenie, kwalifikacje zawodowe	Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami <sup>2</sup>
4	Technolog medyczny			1. ..... nazwa zamówienia  ..... termin wykonania  ..... Podmiot na rzecz, którego usługę wykonano (nazwa firmy)		

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)





**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

5. Na potwierdzenie spełnienia warunku posiadania doświadczenia zawodowego polegającego na wykonaniu w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie – należyce wykonał (jako projektant) co najmniej 1 (jedną) usługę polegającą na opracowaniu dokumentacji projektowej w zakresie budowlanym lub konstrukcyjnym obiektów użyteczności publicznej o powierzchni całkowitej co najmniej 500 m <sup>2</sup>						
LP.	Nazwa funkcji	Imię i Nazwisko	Uprawnienia	Doświadczenie (Wykonawca musi wykazać spełnienie warunku określonego w pkt. .... SWZ)	Wykształcenie, kwalifikacje zawodowe	Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami <sup>3</sup>
5	Projektant branży konstrukcyjno-budowlanej			1. .... nazwa zamówienia  ..... termin wykonania  ..... Podmiot na rzecz, którego usługę wykonano (nazwa firmy)		

**Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy podpisem kwalifikowanym.**

<sup>3</sup> Należy określić: „własne zasoby” lub „oddane zasoby do dyspozycji wykonawcy”.

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)





**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)

