|  |  |
| --- | --- |
|  | Załącznik nr 5 do SWZ  IP.272.8.2024.DPS |

Nazwa i adres Wykonawcy ……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ WYKONYWAĆ ZAMÓWIENIE**

**pn. *,,Przebudowa i modernizacja kotłowni w Powiatowym Domu Pomocy Społecznej w Czarnowie wraz ze zmianą źródła zasilania”***

WRAZ Z INFORMACJĄ NA TEMAT KWALIFIKACJI NIEZBĘDNYCH DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Funkcja (rola) w realizacji zamówienia** | **Doświadczenie** | **Kwalifikacje zawodowe w tym numer i rodzaj uprawnień, data wydania** | **Podstawa do dysponowania osobą (wskazanie formy współpracy tj. umowa o pracę, umowa zlecenie itp.** |
|  |  |  |  |  |  |

Uwaga:

*Doświadczenie osób - należy podać w latach, licząc od daty uzyskania wymaganych uprawnień do daty upływu terminu składania ofert w niniejszym postępowaniu*

***OŚWIADCZENIE***

Oświadczam/my, że w/w osoba/y będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia i posiadają wymagane uprawnienia.

*\*niepotrzebne skreślić*

………………………………..

/miejscowość, data/

……………….……………………………………………

/podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy/