**Załącznik nr 4 do SWZ**

**znak** DZI/080/47/2024

**WYKAZ OSÓB**

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

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

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię  i nazwisko** | **Nr zaświadczenia o wpisie na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej / Nr uprawnień** | **Pełniona funkcja** | **Kwalifikacje zawodowe – wymagane uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie** | **Informacje  o podstawie dysponowania osobą** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam świadom(a) odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

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

***(miejscowość, data), PODPIS***