# ZAŁĄCZNIK NR 5 do SWZ

1. *Niniejszy dokument należy opatrzyć zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w/w podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.*

**Nazwa (firma) Wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Adres (ulica i nr, miejscowość, kod pocztowy, województwo)**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**NIP**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**reprezentowany przez** *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)***:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

## Wykaz osób

na potwierdzenie spełnienia warunku udziału w postępowaniu, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia w celu realizacji zamówienia oraz oświadczenie o posiadaniu kwalifikacji i uprawnień

Przystępując do postępowania w sprawie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na: **„Modernizacja oddziałów szpitalnych Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu II”,** przedstawiam następujący wykaz:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **funkcja** | **Imię i Nazwisko** | **Opis posiadanych kwalifikacji, uprawnień** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Podstawa dysponowania osobą**  **(umowa o prace, zlecenie, itp.)** |
| 1 | **Kierownik budowy**  (posiadający uprawnienia budowlane do kierowania robotami budowlanymi w specjalności konstrukcyjno-budowlanej, które uprawniają do kierowania robotami budowlanymi w zakresie przewidzianym opisem przedmiotu zamówienia) |  |  |  |  |

**Oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, a które zostały wskazane w wykazie osób, posiadają wymagane kwalifikacje zawodowe oraz wykształcenie niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia.**