Załącznik nr 7 do SWZ

Znak: 272.13.2024

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Oświadczenie**

**Doświadczenie zawodowe osoby koordynującej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (Imię i Nazwisko) | Informacje na temat kwalifikacji zawodowych, doświadczenia | Zakres wykonywanych czynności w zamówieniu | Data wpisu na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej |
|  | Doświadczenie - długość stażu pracy jako pracownik kwalifikowany i jednocześnie koordynujący pracę pracowników ochrony osób i mienia  w obiektach użyteczności publicznej  **……. miesięcy/lat \*** |  |  |

\*należy zaznaczyć odpowiednie

*Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, profilem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentami potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.*