

WYKAZ OSÓB
KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA

WYKONAWCA:

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

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

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„WYKONANIE PEŁNEJ DOKUMENTACJI PROJEKTOWEJ NA BUDOWĘ SIECI KANALIZACJI SANITARNEJ Z PRZYŁĄCZAMI KIERUNEK KŁÓDNO”** oświadczamy, że do realizacji zamówienia przewidujemy skierować następujące osoby:

FUNKCJA OSOBY PRZY REALIZACJI NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA	IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, RODZAJ i NUMER UPRAWNIEŃ, NR EWIDENCYJNY PRZYNALEŻNOŚCI DO I.S.Z.	DOŚWIADCZENIE	INFORMACJA O PODSTAWIE DO DYSPONOWANIA WSKAZANĄ OSOBĄ (w przypadku udostępnienia OSOBY wskazać podmiot udostępniający)
1.	2.	3.	4.
PROJEKTANT BRANŻY ARCHITEKTONICZNEJ			
PROJEKTANT BRANŻY ELEKTRYCZNEJ		Data uzyskania uprawnień:..... /min. 2 lata od terminu składania ofert/	
PROJEKTANT BRANŻY SANITARNEJ		ZADANIE 1	
		1) Nazwa inwestycji, dla której była opracowana dokumentacja projektowa: 2) Zakres dokumentacji projektowej obejmował (zaznaczyć właściwe): <input type="checkbox"/> rozbudowę sieci kanalizacji sanitarnej grawitacyjno-ciśnieniowej <input type="checkbox"/> budowę sieci kanalizacji sanitarnej grawitacyjno-ciśnieniowej	

<p><input type="checkbox"/> przebudowę sieci kanalizacji sanitarnej grawitacyjno-ciśnieniowej</p> <p>3) Wykonana dokumentacja projektowa otrzymała ostateczne pozwolenie na budowę lub zatwierdzenie zgłoszenia budowy (zaznaczyć właściwe):</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p>4) Długość projektowanej sieci kanalizacji sanitarnej grawitacyjno-ciśnieniowej wynosi: km.</p> <p>5) Okres realizacji dokumentacji projektowej (wpisać daty dd-mm-rrrr): od.....r. dor.</p> <p>6) Pełniona funkcja – projektant specjalności instalacyjnej w zakresie sieci, instalacji i urządzeń cieplnych, wentylacyjnych, gazowych, wodociągowych i kanalizacyjnych (zaznaczyć właściwe):</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p>7) Podmiot, na rzecz którego zadanie zostało wykonane: Nazwa podmiotu: Adres podmiotu:</p>
<p style="text-align: center;">ZADANIE 2</p>
<p>1) Nazwa inwestycji, dla której była opracowana dokumentacja projektowa:</p> <p>2) Zakres dokumentacji projektowej obejmował (zaznaczyć właściwe):</p> <p><input type="checkbox"/> rozbudowę sieci kanalizacji sanitarnej grawitacyjno-ciśnieniowej</p> <p><input type="checkbox"/> budowę sieci kanalizacji sanitarnej grawitacyjno-ciśnieniowej</p> <p><input type="checkbox"/> przebudowę sieci kanalizacji sanitarnej grawitacyjno-ciśnieniowej</p> <p>3) Wykonana dokumentacja projektowa otrzymała ostateczne pozwolenie na budowę lub zatwierdzenie zgłoszenia budowy (zaznaczyć właściwe):</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p>4) Długość projektowanej sieci kanalizacji sanitarnej grawitacyjno-ciśnieniowej wynosi: km.</p> <p>5) Okres realizacji dokumentacji projektowej (wpisać daty dd-mm-rrrr): od.....r. dor.</p>

	<p>6) Pełniona funkcja – projektant specjalności instalacyjnej w zakresie sieci, instalacji i urządzeń cieplnych, wentylacyjnych, gazowych, wodociągowych i kanalizacyjnych (zaznaczyć właściwe): <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>7) Podmiot, na rzecz którego zadanie zostało wykonane: Nazwa podmiotu: </p> <p>Adres podmiotu: </p>
	ZADANIE 3

	ZADANIE 4

	ZADANIE 5

Zamawiający informuje, że :

Zamawiający wymaga, aby osoba, którą Wykonawca wskaże w „Wykazie osób”, jako PROJEKTANTA BRANŻY SANITARNEJ, była tą samą osobą, której doświadczenie było oceniane w kryterium DOŚWIADCZENIE PROJEKTANTA BRANŻY SANITARNEJ na podstawie treści złożonego oświadczenia w Formularzu Ofertowym.

Kolumna nr 3 - wypełnić należy informacjami o doświadczeniu osób adekwatnie do warunków udziału w postępowaniu określonych dla poszczególnych projektantów w Rozdziale VIII pkt. 2.4.1. i pkt. 2.4.2. SWZ. Dla spełniania warunku udziału 2.4.1. Rozdziału VIII SWZ wykazać należy minimum dwa wymagane zadania. Dla osoby PROJEKTANTA BRANŻY SANITARNEJ wykazanej w formularzu ofertowym można wykazać min. dwa z zadań wykazanych wcześniej w Formularzu Ofertowym .

Kolumna nr 4 - w przypadku udostępnienia którejkolwiek z wykazanych osób - wskazać podmiot udostępniający i załączyć zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby (Załącznik nr 7 do SWZ).

.....
(Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej)

UWAGA! Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.