Nr sprawy referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: **DZ/DZ-TPzmn-381-2-92/25**

Załącznik nr 9 do SWZ

Załącznik nr 7 do umowy

**Wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia**

**Rozbudowa, modernizacja i wyposażenie Poradni Endoskopowej dla Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie –Państwowego Instytutu Badawczego Oddział w Gliwicach**

W celu potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu, którego przedmiotem zamówienia jest **rozbudowa, modernizacja i wyposażenie Poradni Endoskopowej dla Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej -Curie - Państwowego Instytutu Badawczego Oddział w Gliwicach**  przedkładam/y niniejszy „Wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia” w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania opisanego przez Zamawiającego warunku w SWZ w rozdziale VI pkt. 3.4 ppkt. 2

| **Lp.** | **Funkcja** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie i wykształcenie ( jeżeli zamawiający wymagał podania wykształcenia) w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku dotyczącego zdolności technicznej lub zawodowej określonego przez Zamawiającego w SWZ** | **Zasób innego podmiotu**  **( Tak/Nie)** | **Podstawa dysponowania** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Kierownik budowy** |  |  |  |  |  |
|  | **Kierownik robót w specjalności instalacyjnej w zakresie sieci, instalacji i urządzeń cieplnych, wentylacyjnych, gazowych, wodociągowych i kanalizacyjnych** |  |  |  |  |  |
|  | **Kierownik robót w specjalności instalacyjnej w zakresie sieci, instalacji i urządzeń elektrycznych i elektroenergetycznych** |  |  |  |  |  |
|  | **Projektant w specjalności architektonicznej** |  |  |  |  |  |
|  | **Projektant w specjalności sanitarnej** |  |  |  |  |  |
|  | **Projektant w specjalności elektrycznej** |  |  |  |  |  |
|  | **Główny technolog medyczny** |  |  |  |  |  |

**Uwaga!** Wykonawca ma obowiązek umieścić w wykazie wszystkie informacje niezbędne do oceny spełnienia warunku udziału w postępowaniu,

o którym mowa w rozdziale VI pkt. 3.4 ppkt. 2 SWZ .

W zakresie doświadczenia Głównego technologa medycznego, terminy wykonania dokumentacji projektowej należy wskazać w formacie dd/mm/rrrrr

**Nazwa i dane adresowe Wykonawcy:**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Formularz należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osób/-y uprawnionych/-ej, w sposób zgodny z wymaganiami określonymi w SWZ.

Uwaga: Podpis osobisty to zaawansowany podpis elektroniczny