**Załącznik nr 5 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn., ,,Ochrona budynków Szpitala Regionalnego Centrum Medycznego w Białogardzie Sp. z o.o.’’

1. Oświadczam, że niżej wymienione osoby posiadają niezbędną wiedzę i uprawnienia do wykonywania zamówienia.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **IMIĘ I NAZWISKO** | **UPRAWNIENIA** | **KWALIFIKACJE ZWODOWE** | **WYKSZTAŁCENIE** | **ZAKRES WYKONYWANYCH CZYNNOŚCI** | **PODSTAWA DYSPONOWANIA** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |

…………………………..

kwalifikowany podpis elektroniczny / podpis zaufany

/ podpis osobisty Wykonawcy lub osoby upoważnionej