Załącznik nr 5 do SWZ

ZP.271.2.1.2026 ……………………………………..

*(miejscowość, data)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące Zamawiającego:** |  | **Dane dotyczące  Wykonawcy:** |
| **Gmina Nowa Sarzyna**  ul. Mikołaja Kopernika 1 37-310 Nowa Sarzyna  NIP: 816-16-03-481 REGON: 690581749  nr telefonu +48 17 24 13 177  Adres poczty elektronicznej: zamowienia@nowasarzyna.eu |  | **..........................................................................**  **..........................................................................**  **..........................................................................**  **..........................................................................**  NIP/PESEL: **..............................**  REGON: **..............................**  reprezentowany przez:  **..........................................................................**  **..........................................................................** |

* 1. **Wykaz osób   
     skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego**
  2. **składany na podstawie § 9 ust. 1 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***Utrzymanie czystości w mieście i gminie Nowa Sarzyna oraz utrzymanie zieleni w mieście Nowa Sarzyna*** przedstawiam/my następujący wykaz osób:

|  |
| --- |
| **Osoba posiadająca uprawnienia operatora pilarek mechanicznych:** |
| |  |  | | --- | --- | | 1. **Imię i nazwisko:** |  | |  | |  |  |  | | --- | --- | | 1. **Wykształcenie:** |  | |  | |  |  |  | | --- | --- | | 1. **Uprawnienia (numer, zakres, data wydania):** |  | |  | |  |  |  | | --- | --- | | 1. **Informacja o podstawie dysponowania osobą przez Wykonawcę (np. umowa o pracę, zlecenia itp.):** |  | |  | | |

|  |
| --- |
| **Osoba posiadająca aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy na wysokości:** |
| |  |  | | --- | --- | | 1. **Imię i nazwisko:** |  | |  | |  |  |  | | --- | --- | | 1. **Wykształcenie:** |  | |  | |  |  |  | | --- | --- | | 1. **Orzeczenie lekarskie (numer, zakres, data wydania):** |  | |  | |  |  |  | | --- | --- | | 1. **Informacja o podstawie dysponowania osobą przez Wykonawcę (np. umowa o pracę, zlecenia itp.):** |  | |  | | |

|  |
| --- |
| **Oświadczenie dotyczące podanych informacji:** |

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

|  |
| --- |
| **Uwaga!** |
| 1. Potwierdzenie posiadanych kwalifikacji przez podane w wykazie osoby Wykonawca będzie zobowiązany dostarczyć Zamawiającemu przed podpisaniem umowy. 2. Dokument przekazuje się Zamawiającemu w formie elektronicznej (z podpisem kwalifikowanym osoby umocowanej) lub postaci elektronicznej opatrzonej, przez osobę umocowaną do działania w imieniu Wykonawcy, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym. |

*..............................................*

*(podpis Wykonawcy)*