Załącznik nr 9 do SWZ

**Zdrowie-Brudzeński Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.**

**ul. Jana Pawła II 2**

**09-414 Brudzeń Duży**

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa …................................................................................................

Adres …..................................................................................................

Dotyczy postępowania pn. **„Rozbudowa i przebudowa budynku Brudzeńskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej”**

**w ramach projektu: „Rozwój Poradni Neurologicznej i Otolaryngologicznej- rozbudowa ZDROWIE-Brudzeńskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Priorytetu V: „ Fundusze Europejskie dla wyższej jakości życia na Mazowszu” Działania 5.6: „Ochrona zdrowia” programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 nr FEMA.05.06-IP.01-07RJ/25-00”**

**Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności**  **w realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,**  **uprawnienia**  **(nr uprawnień zawodowych)** | **Wykształcenie** | **Doświadczenie** | **Podstawa do dysponowania tymi osobami** |
|  |  | **Kierownik Budowy** |  |  |  |  |
|  |  | **Kierownik Robót Sanitarnych** |  |  |  |  |
|  |  | **Kierownik Robót Elektrycznych** |  |  |  |  |

Oświadczam, że wszystkie osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, wymienione powyżej, posiadają wymagane uprawnienia.

….............................................................

podpis elektroniczny Wykonawcy