Załącznik nr 5 do Zapytania Ofertowego nr **1/XI/2025**

**WYKAZ OSÓB I REALIZACJI**

**REHABILITACJA AMBULATORYJNA KUDOWA Sp z o.o.**

**ul. Pogodna 16**

**57-350 Kudowa-Zdrój**

Nazwa oraz adres Zamawiającego

**„Adaptacja / remont budynku na potrzeby utworzenia Dziennego Domu Pobytu (DDP) w Wałbrzychu” przy ul. Wrocławskiej 3**

1. **Wykaz osób i realizacji – dotyczący zadania części I - Roboty przygotowawcze i rozbiórkowe**

.1. Wykaz osób które będą po stronie Wykonawcy realizować zadania

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby posiadającej wymagane uprawnienia** | **Określenie posiadanych uprawnień** | **Zakres wykonywanych przez te osoby czynności** | **Ilość lat doświadczenia zawodowego** |
| 1 |  |  | Operator sprzętu wyburzeniowego |  |

1. Wykaz potwierdzający doświadczenie Wykonawcy wg kryteriów opisanych w zapytaniu ofertowym

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa własna realizacji** | **Adres realizacji** | **Data przeprowadzonej realizacji** | **Budżet realizacji** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. **Wykaz osób i realizacji – dotyczący zadania części II - Roboty konstrukcyjne   
   i ogólnobudowlane i części III – Pokrycie, obróbki i izolacja dachu**
2. Wykaz osób które będą po stronie Wykonawcy realizować zadania nadzorcze z ramienia Wykonawcy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby posiadającej wymagane uprawnienia** | **Określenie posiadanych uprawnień** | **Wskazanie zadanie inwestycyjnego w których uczestniczyła dana osoba** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

1. Wykaz potwierdzający doświadczenie Wykonawcy wg kryteriów opisanych w zapytaniu ofertowym

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa własna realizacji** | **Adres realizacji** | **Data przeprowadzonej realizacji** | **Budżet realizacji/kwota otrzymana wynagrodzenia netto** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. **Wykaz osób przeznaczonych do realizacji Zadania części IV - Przyłącze instalacji elektrycznej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby posiadającej wymagane uprawnienia** | **Określenie posiadanych uprawnień** |
| 1 |  |  |

........................................ .................................................

Data Podpis Wykonawcy