**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Nr Postępowania: POST/EOD/EOD/BM/00240/2025**

**WYKAZ OSÓB**

**zgodnie z warunkami określonymi   
w Sekcji IV ust. 1 lit b) SWZ**

Oświadczam(y), iż dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania Zakupu, tj**. dysponujemy zespołem projektowym, składającym się z:**

* **co najmniej jednego projektanta, który posiada uprawnienia budowlane do projektowania bez ograniczeń w specjalności architektonicznej,**
* **co najmniej jednego projektanta, który posiada uprawnienia budowlane do projektowania bez ograniczeń w specjalności instalacyjnej elektrycznej,**
* **co najmniej jednego projektanta, który posiada uprawnienia budowlane do projektowania bez ograniczeń w specjalności sanitarnej.**

Oświadczam(y), że każda ze wskazanych osób w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania Ofert w postępowaniu, a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie,

zrealizowała co najmniej 3 usługi polegające na zaprojektowaniu przebudowy pomieszczeń socjalnych lub biurowych w swoim zakresie.

Oświadczam(y), że **osoby wymienione wpisane są na listę członków właściwych izb zawodowych oraz posiadają minimum 5-letnie doświadczenie zawodowe w projektowaniu.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię i nazwisko osoby** | **Specjalność i zakres uprawnień/kwalifikacji** | **Posiadane uprawnienia/ kwalifikacje:  oznaczenie organu wydającego,  nr uprawnień/kwalifikacji,  data uzyskania uprawnień/kwalifikacji  (dd-mm-rrrr)** | **Nazwa i adres podmiotu,  na rzecz którego  realizowana była usługa** | **Zakres prac**  *(należy opisać zgodnie  z warunkiem)* | **Termin  wykonanych prac** |
| 1. |  |  |  | 1.  2.  3. |  |  |
| 2. |  |  |  | 1.  2.  3. |  |  |
| 3. |  |  |  | 1.  2.  3 |  |  |

*W imieniu Wykonawcy, którego reprezentuję, oświadczam, że wyżej wymienione osoby posiadają wymagane w cz. IV. ust. 1 pkt. b SWZ kwalifikacje i są zdolne do wykonania przedmiotu Zakupu.*

*……………………………….. ………………………………………….……………………………………………………………………..*

*Miejscowość, data Kwalifikowany podpis elektroniczny lub inny niż kwalifikowany rodzaj podpisu cyfrowego/****czytelny podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli  w imieniu Wykonawcy lub  pieczątka wraz z podpisem***