**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

ZAMAWIAJĄCY: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul Bema 1, 24-100 Puławy.

NAZWA POSTĘPOWANIA: **„****Remont i modernizacja 4 obiektów szpitalnych w formule zaprojektuj i wybuduj w ramach projektu: Kompleksowe usprawnienie opieki nad pacjentem onkologicznym w SPZOZ w Puławach”.**

WYKONAWCA:

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………………..………

Adres Wykonawcy:

ulica ……………………………………………………… nr domu …………, miejscowość ………..………………………… kod pocztowy ………………... Poczta ………………………………………

1. Wykaz osób na spełnienie warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w Dziale XII ust 3.2 SWZ.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię, nazwisko** | **Numer uprawnień, specjalność** | **Data uzyskania uprawnień** | **Doświadczenie (ilość zrealizowanych funkcji kierownika budowy dotyczących obiektów użyteczności publicznej)** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Podstawa dysponowania**  (np. umowa o pracę, umowa zlecenie itp.) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |  |  |

…………………………………… dnia …….…………………………

Miejscowość

……………………………………………………………………

(Podpis osoby uprawnionej do

występowania w imieniu wykonawcy)