INiZP.272.20.2023 ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SWZ

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca:** | **reprezentowany przez:** |
|  |  |
| *pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG* | *imię, nazwisko osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy / stanowisko/podstawa do reprezentacji* |

W związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **Standaryzacja pomieszczeń aptecznych, medycznych, technicznych z dostosowaniem ciągów komunikacyjnych dla osób niepełnosprawnych w SPZOZ Szpitala im. Jana Parnasa w Człuchowie**

**WYKAZ OSÓB**

skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości lub kierowanie robotami budowlanymi, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe, posiadane uprawnienia (nr uprawnienia)** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Podstawa dysponowania\*)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Uwaga:**

\*) wpisać dokument regulujący współpracę pomiędzy Wykonawcą a osobą skierowaną do realizacji zamówienia np. umowę o pracę, umowę zlecenie, itp.