**Załącznik nr 10 do SWZ**

WYKAZ DOŚWIADCZENIA OSOBY WYZNACZONEJ PRZEZ WYKONAWCĘ DO WYKONANIA CZYNNOŚCI INWENTARYZACYJNYCH

**„Wykonanie inwentaryzacji infrastruktury odprowadzającej wody opadowe, gruntowe i roztopowe na terenie Gminy Dopiewo”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię i nazwisko \*** |  |
| 2. | **Doświadczenie ww. osoby skierowanej przez Wykonawcę do wykonania czynności inwentaryzacyjnych** | |
| 2.1 | Zakres wykonanej inwentaryzacji potwierdzający wymagania określone  w SWZ w zakresie kryterium – „doświadczenie osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do wykonania czynności inwentaryzacyjnych” |  |
|  | Długość zinwentaryzowanych systemów kanalizacji deszczowej odprowadzającej wody opadowe lub/i kanalizacji sanitarnej |  |
| Data wykonania |  |
| Podmiot (nazwa i adres) na rzecz którego inwentaryzacja została wykonana |  |
| 2.2 | Zakres wykonanej inwentaryzacji potwierdzający wymagania określone  w SWZ w zakresie kryterium – „doświadczenie osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do wykonania czynności inwentaryzacyjnych” |  |
|  | Długość zinwentaryzowanych systemów kanalizacji deszczowej odprowadzającej wody opadowe lub/i kanalizacji sanitarnej |  |
| Data wykonania |  |
| Podmiot (nazwa i adres) na rzecz którego inwentaryzacja została wykonana |  |
| 2.3 | Zakres wykonanej inwentaryzacji potwierdzający wymagania określone  w SWZ w zakresie kryterium – „doświadczenie osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do wykonania czynności inwentaryzacyjnych” |  |
|  | Długość zinwentaryzowanych systemów kanalizacji deszczowej odprowadzającej wody opadowe lub/i kanalizacji sanitarnej |  |
| Data wykonania |  |
| Podmiot (nazwa i adres) na rzecz którego inwentaryzacja została wykonana |  |
| 2.4 | Zakres wykonanej inwentaryzacji potwierdzający wymagania określone  w SWZ w zakresie kryterium – „doświadczenie osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do wykonania czynności inwentaryzacyjnych” |  |
|  | Długość zinwentaryzowanych systemów kanalizacji deszczowej odprowadzającej wody opadowe lub/i kanalizacji sanitarnej |  |
| Data wykonania |  |
| Podmiot (nazwa i adres) na rzecz którego inwentaryzacja została wykonana |  |
| 2.5 | Zakres wykonanej inwentaryzacji potwierdzający wymagania określone  w SWZ w zakresie kryterium – „doświadczenie osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do wykonania czynności inwentaryzacyjnych” |  |
|  | Długość zinwentaryzowanych systemów kanalizacji deszczowej odprowadzającej wody opadowe lub/i kanalizacji sanitarnej |  |
| Data wykonania |  |
| Podmiot (nazwa i adres) na rzecz którego inwentaryzacja została wykonana |  |
| 2.6 | Zakres wykonanej inwentaryzacji potwierdzający wymagania określone  w SWZ w zakresie kryterium – „doświadczenie osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do wykonania czynności inwentaryzacyjnych” |  |
|  | Długość zinwentaryzowanych systemów kanalizacji deszczowej odprowadzającej wody opadowe lub/i kanalizacji sanitarnej |  |
| Data wykonania |  |
| Podmiot (nazwa i adres) na rzecz którego inwentaryzacja została wykonana |  |

\*w przypadku braku wskazania imienia i nazwiska osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do wykonania inwentaryzacji, Zamawiający przyzna w kryterium: „doświadczenie osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do wykonania czynności inwentaryzacyjnych”” - „0” pkt.

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***