



**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

**Załącznik nr 4 do SWZ**  
Nr sprawy: TP 27/25

**Wykonawca:**

.....

.....

(Nazwa firmy, adres)

**WYKAZ OSÓB**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na wykonanie zamówienia pn.:

**„Opracowanie kompletnej dokumentacji projektowej dla modernizacji Oddziału nr VII - Gastroenterologii, Hepatologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit na 2 piętrze w budynku A1, znajdującego się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.”**

Przedkładam wykaz osób na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w postępowaniu, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług:

| LP. | Nazwa funkcji | Imię i Nazwisko | Uprawnienia | Doświadczenie<br>(Wykonawca musi wykazać spełnienie warunku określonego w pkt. 5.2.4 a SWZ) | Wykształcenie, kwalifikacje zawodowe | Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami <sup>1</sup> |
|-----|---------------|-----------------|-------------|---|--------------------------------------|--|
|-----|---------------|-----------------|-------------|---|--------------------------------------|--|

<sup>1</sup> Należy określić: „własne zasoby” lub „oddane zasoby do dyspozycji wykonawcy”.

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •



**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

|    |  |                      |                      |   |                                     |                      |
|----|--|----------------------|----------------------|---|-------------------------------------|----------------------|
| 1. | Projektant branży Konstrukcyjno-Budowlanej | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Doświadczenie zawodowe polegające na wykonaniu w okresie ostatnich <b>5 lat</b> przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie – należyście wykonać (jako projektant) co najmniej 1 (jedną) usługę polegającą na opracowaniu dokumentacji projektowej w zakresie konstrukcyjno-budowlanych obiektów użyteczności publicznej o powierzchni całkowitej co najmniej 500 m2. | Wykształcenie: <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | Technolog medyczny                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Doświadczenie zawodowe polegające na wykonaniu w okresie ostatnich <b>5 lat</b> przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie – należyście wykonać (jako projektant) co najmniej 1 (jedną) usługę polegającą na opracowaniu projektu w zakresie technologii medycznej obiektów użyteczności publicznej o powierzchni całkowitej co najmniej 500 m2.                     | Wykształcenie: <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Formularz musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław  
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469  
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22  
Centrala tel.: 71 326 13 25  
[sekretariat@szpital.wroc.pl](mailto:sekretariat@szpital.wroc.pl)

[www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)

