Załącznik nr 5 do SWZ

…………………………………….

(miejscowość, data)

………………………………..

(nazwa i adres wykonawcy)

Dotyczy: przetargu, którego przedmiotem jest: **Usługi w zakresie okresowych przeglądów serwisowych i naprawy sprzętu medycznego ZP16/2025**

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ**

**W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych czynności wraz z informacją o podstawie dysponowani tymi osobami

Ja niżej podpisany

…………………………………………………………………………………………………........

działając w imieniu i na rzecz

…………………………………………………………………………………………………........

(nazwa firmy, dokładny adres Wykonawcy)

oświadczam, że przy wykonywaniu zamówienia uczestniczyć będą następujące osoby/ podmioty:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa podmiotu/**  **Osoby** | **Kwalifikacje**  **zawodowe/**  **uprawnienia** | **Doświadczenie /**  **Wykształcenie**  **niezbędne do wykonania**  **zamówienia** | **Zakres**  **wykonywanych**  **czynności** | **Informacją o**  **podstawie**  **dysponowani tymi**  **osobami** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Podpis składany jest w formie elektronicznej zgodnie z Rozdziałem 12 SWZ przez osobę upoważnioną do reprezentacji składającego oświadczenie**