**ZAŁĄCZNIK NR 11 DO SWZ (WZÓR)**

**WYKAZ OSOB**

**ODPOWIEDZIALNYCH ZA ŚWIADCZENIE USŁUG, KTÓRE BĘDĄ UCZETNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMOWIENIA**

W związku z postępowaniem prowadzonym przez Szpitale Tczewskie S.A. nr **03/TP/2025,** na:

**WYKONANIE PEŁNOBRANŻOWEJ DOKUMENTACJI PROJEKTOWO – WYKONAWCZEJ JEDNOKONDYGNACYJNEGO BUDYNKU ZAKŁADU OPIEKI LECZNICZEJ W TCZEWIE, PRZY ULICY TARGOWEJ NA 108 MIEJSC (ŁÓŻEK),
POŁOŻONEGO NA DZIAŁCE NR 52/23**

Nazwa Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer telefonu/fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko lub inicjały | Kwalifikacje zawodowe | Uprawnienia | Wykształcenie | Doświadczenie(w miesiącach – staż pracy w zawodzieod miesiąc/rok do miesiąc rok) | Zakres wykonywanych czynności | Podstawa dysponowania osobą |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |

Osoby wskazane w wykazie muszą posiadać uprawnienia i dokumenty określone w warunkach niniejszej SWZ, co Zamawiający może zweryfikować na etapie realizacji umowy.

**Uwaga:**

Możliwe jest łączenie funkcji przez jedną osobę, o ile jej uprawnienia będą obejmowały wymagane specjalności i zakres czynności zgodnie z aktualnymi przepisami prawa w tym zakresie.

W kolumnie „Doświadczenie” Zamawiający wymaga wskazania doświadczenia zawodowego poszczególnych prokjektantów w formule „od miesiąc/rok do miesiąc/rok”. Zamawiający do oceny spełniania warunku udziału w postępowaniu (obliczenia i zweryfikowania łącznej sumy okresów doświadczenia zawodowego) będzie brał faktyczny czas doświadczenia zawodowego z wyłączeniem wielokrotnego sumowania czasu trwania zadań realizowanych równocześnie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania.***

***DOKUMENT SKŁADANY NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO***