

Do Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocięcu
 reprezentowany przez p. Ewę Giza – Dyrektora Szpitala
 ul. Kańsko 1
 78-520 Złocieniec

Przedmiot zamówienia:

Przebudowa łazienek dla pacjentów w budynku Szpitala

Wykonawca:

.....

(Nazwa i adres wykonawcy)

**Wykaz osób,
które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

Oświadczam(y), że do realizacji niniejszego zamówienia będę (będziemy) dysponować następującymi osobami:

Lp.	Imię i nazwisko/ Podstawa dysponowania osobą	Funkcja, rodzaj uprawnień, data wydania, organ	Informacje na temat kwalifikacji zawodowych, doświadczenia niezbędnych do wykonania zamówienia	informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami
1		Osoba posiadająca uprawnienia budowlane do projektowania		
2		Kierownik robót		
3		Kierujący robotami sanitarnymi		

Oświadczam(y), że osoby wyżej wskazane, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, posiadają wymagane kwalifikacje oraz uprawnienia.