**Załącznik Nr 5 do SWZ**

**………………………………………..**

 (dane Wykonawcy)

**WYKAZ OSÓB**

**KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**Dotyczy: przebudowa I piętra budynku Powiatowego Centrum Zdrowia sp. z o.o. (szpital w Nowym Dworze Gdańskim) na potrzeby Oddziału chorób wewnętrznych – IV postępowanie, nr sprawy: PCZ.ZP.10/2021**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe (doświadczenie, wykształcenie, uprawnienia, specjalność)** | **Zakres wykonywanych w ramach niniejszego zamówienia publicznego czynności (funkcja)** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobami** |
| **1.** |  | 1. Doświadczenie (lata): ………….2. Uprawnienia i specjalizacje (wraz z podaniem nr uprawnień i daty ich wydania): …………….. |  |  |
| **2.** |  | j.w. |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |

Oświadczam, że osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.

 .........................................................................

 Data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy