***ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SIWZ***

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA**

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **przebudowę pomieszczeń w budynku szpitala w celu stworzenia centralnej sterylizatorni*,*** numer sprawy: **10/LOG/2019**

W zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku posiadania zdolności technicznej lub zawodowej niniejszym oświadczamy, iż dysponujemy/będziemy dysponować następującymi osobami:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Imię i Nazwisko*** | ***Rodzaj uprawnień  i opis*** | ***Opis doświadczenia zawodowego zgodnie z warunkiem udziału w postępowaniu*** | ***Informacja  o podstawie dysponowania osobami*** | ***Numer członkowski  w Polskiej Izbie Inżynierów Budownictwa*** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

Ja/ my, niżej podpisany/podpisani, oświadczam, że osoby które będą uczestniczyć   
w wykonaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia.

………………………….. …………………………………….

/miejscowość, data/ /pieczęć i podpis upełnomocnionego przedstawiciela wykonawcy (ców)