#### Załącznik Nr 5

**Wykaz osób,**

które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia

**Do Zamawiającego:**

### Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocieńcu**

ul. Kańsko 1

78-520 Złocieniec

**Przedmiot zamówienia:**

**Wykonanie kompletnej dokumentacji projektowo — kosztorysowej wraz z uzyskaniem niezbędnych decyzji administracyjnych zadania pn.: „Przebudowa kotłowni Szpitala“**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(Nazwa i adres wykonawcy)

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** |
|  |  | Projektant |  |
|  |  |  |  |

Do Wykazu należy załączyć aktualny wpis na listę członków właściwej izby samorządu zawodowego kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia.