1. Załącznik nr 5 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: ………………………………………………….

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

**WYKAZ OSÓB ZDOLNYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Oświadczam/y, że dysponuję/dysponujemy potencjałem technicznym do wykonywania przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Imię i nazwisko**  | **Określenieprzewidywanej funkcji** | **Kwalifikacje/uprawnienia zawodowe oraz numer uprawnień** (wpisać specjalność wynikającą z uprawnienia budowlanego lub innego dokumentu określającego zakres posiadanych kwalifikacji / uprawnień zawodowych oraz numer) | **Posiada co najmniej 3 letnie doświadczenie****(TAK/NIE)***Wpisać właściwe* | **Osobą tą dysponujemy na podstawie** (wpisać podstawę dysponowania, np. pracownik Wykonawcy, pisemne zobowiązanie podmiotu trzeciego, inne) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***