Załącznik nr 4 do SWZ

**Zamawiający:**

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

**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 ROBÓT BUDOWLANYCH**

1. **OŚWIADCZAM/Y, ŻE** SPEŁNIAM /-Y WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU W ZAKRESIE ZDOLNOŚCI TECHNICZNEJ LUB ZAWODOWEJ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Rodzaj robót budowlanych**  (należy wskazać zakres wykonanych robót, tak aby nie było wątpliwości, czy wykaz potwierdza warunek postawiony przez Zamawiającego w pkt. 9.2.4 SWZ | **Miejsce**  **wykonania robót oraz podmiot na rzecz którego zostały wykonane** | **Data wykonania robót**  **/zakończenia/**  /dd/mm/rrrr/ | **Ogólna wartość**  **robót brutto** | **Wartość wykonanych**  **robót budowlanych**  **odpowiadająca**  **wymaganiom**  **Zamawiającego, tj. robót w zakresie wymiany dźwigów** | **Siłami własnymi**  **/zasoby innych**  **podmiotów\*\*** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |

Załączniki:

\*Do wykazu załączamy dowody określające, czy roboty budowlane wymienione w wykazie zostały wykonane należycie.

Dowodami, o których mowa powyżej są:

1. referencje;
2. inne dokumenty sporządzone przez podmiot na rzecz którego roboty budowlane zostały wykonane, a jeżeli wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – inne odpowiednie dokumenty.

*\*\* Jeśli wykonawca w celu wykazania spełniania warunku polega na wiedzy i doświadczeniu innego podmiotu, powinien udowodnić zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, przedstawiając w tym celu pisemne (tj. w oryginale) zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia, zawierające informacje, o których mowa w Rozdziale 7 ust. 5 pkt 2) SWZ.*

1. ................................,dnia ........................r.
2. *(Miejscowość)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

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

1. Załącznik nr 5 do SWZ

**Zamawiający:**

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

**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** | **Określenie przewidywanej 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***