Załącznik nr 5 do SWZ

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

(Nazwa i adres Wykonawcy)

**WYKAZ OSÓB**

**„Remont schodów wraz z pochylnią dla niepełnosprawnych do budynku Ośrodka Zdrowia przy ul. Turkusowej w Komorowie”**

**OŚWIADCZAM(Y), że**

wymienione poniżej **Osoby będą uczestniczyć** w wykonywaniu ww. zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Zakres wykonywanych czynności | Kwalifikacje zawodowe  tj. **zakres uprawnień budowlanych** **ich rodzaj** i numer, doświadczenie w kierowaniu robotami w obiektach rekreacji zwenętrznej | Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/oddane do dyspozycji przez inny podmiot |
|  |  |  |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |

**Uwaga!**

▪ oświadczam(my), **że osoby wskazane**, będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia i posiadają uprawnienia wymagane w postawionym warunku w SWZ oraz przynależą do właściwej izby samorządu zawodowego i mogą sprawować wymienioną funkcję zgodnie z Prawem Budowlanym.

\* **niepotrzebne** skreślić ( jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno-prawnej pozostawiamy własne)

...................................., dnia ....................... 2022 r.

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

podpis imienny osoby (osób)

uprawnionej (ych) do składania oświadczeń wiedzy/woli w zakresie praw i obowiązków majątkowych Wykonawcy