*Załącznik 5 do SIWZ*

|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wykonawcy* | **WYKAZ OSÓB****SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA** |

W celu potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu pn.:

***„Zabiegi pielęgnacyjne i chirurgiczne stosowane przy roślinności niskiej na terenie gminy Michałowice”***

przedstawiamy **wykaz osób**, które **będziemy wstanie skierować do realizacji zamówienia publicznego**, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowaniatymi osobami:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **imię i nazwisko** | **rola w realizacji zamówienia*****(stanowisko/******powierzony zakres prac)*** | **kwalifikacje zawodowe \*\****– np.* ***wykształcenie, doświadczenie*** *itp.* | **podstawa do dysponowania**  |
|  |  |  |  | ZASOBY WŁASNE/ZASOBY INNYCH PODMIOTÓW \* |
|  |  |  |  | ZASOBY WŁASNE/ZASOBY INNYCH PODMIOTÓW \* |
|  |  |  |  | ZASOBY WŁASNE/ZASOBY INNYCH PODMIOTÓW \* |

*Jednocześnie oświadczam(y), iż dokumenty potwierdzające uprawnienia* ***wskazanych osób,***  *które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia zostaną dołączone* ***najpóźniej w dniu podpisania umowy****.*

......................................., dn………………….

 *(miejscowość, data)*

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

*podpis i pieczątka (i) imienna (e) osoby (osób)*

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

*\*NIEPOTRZENE SKRESLIĆ.***\*\*** *należy potwierdzić fakt posiadania osób o wymaganych kwalifikacjach i doświadczeniu zgodnie z postawionym warunkiem udziału w postępowaniu*