Załącznik nr 3 do FO

Nazwa i adres Wykonawcy

**Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę  
do realizacji zamówienia publicznego**

„Dostawa i montaż urządzenia do zwalczania bakterii Legionelli  
w Kotłowni KLINICZNEGO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO SPZOZ W RYBNIKU” (DZp.380.2.31.2023.DPr.469)

NAZWA WYKONAWCY: ………………………………………………………………………………….

ADRES: ……………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności w realizacji zamówienia (funkcja)** | **Informacja na temat kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia**  **niezbędnych do wykonania zamówienia** |
|  |  |  |

Informacje zawarte w powyższej tabeli powinny potwierdzać spełnianie warunku udziału  
w postępowaniu:

Zamawiający uzna ww. warunek za spełniony, jeżeli Wykonawca skieruje do realizacji zamówienia publicznego osobę, która ukończyła studia/studia podyplomowe w zakresie bezpieczeństwa wodnego, bezpieczeństwa systemów zaopatrzenia w wodę lub ukończyła szkolenie/kurs w zakresie oceny ryzyka systemów wodnych pod kątem obecności bakterii Legionella (szkolenie/kurs prowadzone przez jednostkę zajmującą się przeprowadzaniem szkoleń technicznych w tym zakresie) oraz wykonała co najmniej dwie usługi polegające na przeprowadzeniu przeglądu instalacji pod kątem potencjalnych ryzyk i przyczyn rozwoju bakterii wraz z wykonaniem dokumentacji końcowej w budynkach użyteczności publicznej.

oświadczenie należy podpisać

kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym