**Załącznik nr 8 do SWZ**

**Znak postępowania: CEZAMAT/ZP27/2024**

**WYKAZ OSÓB**

na potwierdzenie spełniania warunku posiadania zdolności technicznej   
i zawodowej opisanego w Rozdziale IX pkt 2, lit. c) , ppkt 2. SWZ

**Nazwa Wykonawcy**:.......................................................................................................................

**siedziba Wykonawcy**: .................................................................................................................

*(w przypadku oferty składanej przez* ***Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia****, należy wpisać* ***wszystkich Wykonawców*** *z określeniem ich nazwy i siedziby)*

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**,, Dostawę urządzenia do plazmowego głębokiego trawienia krzemu”**

przedkładam wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia zgodnie z zapisami Rozdziału IX pkt 2, lit. c) , ppkt 2. SWZ

W przypadku wykazania w wykazie większej liczby osób niż minimum wymagane przez Zamawiającego, Wykonawca samodzielnie rozszerza poniższą tabele.

1. **Inżynier posiadający wiedzę dotyczącą konstrukcji urządzeń do plazmowego głębokiego trawienia krzemu, potwierdzoną co najmniej 3- letnim doświadczeniem w wykonywaniu prac montażu / instalacji urządzeń do plazmowego głębokiego trawienia krzemu.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Opis doświadczenia zawodowego | Podstawa dysponowania  tymi osobami \* (rodzaj umowy o pracę/zlecenie/inne) |
| 1. |  |  |  |

1. **Montażysta/ instalator posiadający wiedzę i doświadczenie dotyczące funkcjonowania urządzeń do plazmowego głębokiego trawienia krzemu, potwierdzone co najmniej 3-letnim doświadczeniem w wykonywaniu prac montażu/ instalacji urządzeń do plazmowego głębokiego trawienia krzemu.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Opis doświadczenia zawodowego | Podstawa dysponowania  tymi osobami \* (rodzaj umowy o pracę/zlecenie/inne) |
| 1. |  |  |  |

............................................., ............... 2024 r. .……….............................................

miejscowość data /podpis osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu udostępniającego zasoby w formie elektronicznej – podpis kwalifikowany lub podpis zaufany lub podpis osobisty/

# *Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji powyższych danych.*

WYPEŁNIONY FORMULARZ NALEŻY OPATRZYĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM