**Załącznik nr 13 do SWZ**

**DAG.26.17.23**

**Wykaz osób**

**które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia pod nazwą:**

**„Świadczenie usługi ochrony (dozoru) obiektu i mienia Domu Pomocy Społecznej „Dom Kombatanta” w Lublińcu im. św. Rafała Kalinowskiego w Lublińcu przy ul. dr E. Cyrana 10”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko pracownika** | **Nr. Dowodu osobistego** | **Doświadczenie , praktyka – ilość lat pracy** | **Posiadana licencja** | **Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |

………………………………… …………………………………………….

 *miejscowość i data Podpis osoby / osób uprawnionych do*

 *reprezentowania Wykonawcy*