**Załącznik nr 9 do SWZ**

**Nr sprawy 31/ZP/2021**

**Wykaz osób odpowiedzialnych za realizację zamówienia**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**Usługa na Wywóz i utylizację odpadów medycznych powstałych na terenie działalności SP ZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 UM w Łodzi**

ja /my\* niżej podpisany /i\* ….................................................................................................

reprezentując Wykonawcę / Wykonawców\* ….....................................................................

oświadczamy, że w realizacji zamówienia będą uczestniczyć niżej wymienione osoby:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Opis kwalifikacji zawodowych,** | **Numer prawa jazdy** | **Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia do przewozu ładunków niebezpiecznych** | **Podstawa dysponowania osobami** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia, stosowne do przedmiotu zamówienia (Wykonawca przedstawi w/w dokumenty, na każde wezwanie Zamawiającego)*

1. Zamawiający uzna, iż Wykonawca posiada zdolności techniczne i zawodowe niezbędne do wykonania niniejszego zamówienia, jeżeli wykaże (minimalna wymagana ilość osób ): **Minimum 5 osób** zatrudnionych przez Wykonawcę na umowę o pracę, wykonujących czynności związane z usługami wywozu i utylizacji odpadów medycznych).

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

***kwalifikowany podpis elektroniczny***

***przedstawiciela Wykonawcy***