**EZP.272.46.2024 ZAŁĄCZNIK NR 8 DO SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB**

**(dotyczy warunku zdolności zawodowej)**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego przez Wojewódzką Stacje Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy, pn. „**Usługa bezpośredniej ochrony fizycznej obiektu Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy przy ul Kujawskiej 4”.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **Opis kwalifikacji niezbędnych** **do wykonania zamówienia** | **Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami****(np. umowa o pracę, dzieło, zlecenie)** | **staż pracy jako kierownik ochrony** |
| 1 |  | Nazwa posiadanych uprawnień ………………Zakres uprawnień …………………………….Data ważności uprawnień ……………………Nr uprawnień…………………………. |  |  |

**Oświadczamy, że osoba która będzie uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiada wymagane uprawnienia, o których mowa powyżej.**

*.......................................*

 *(miejscowość, data)*

*....................................................................*

 *(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)*