**Załącznik nr 9 do SWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………………………………………………………….….*  *(nazwa i adres Wykonawcy/Wykonawców wspólnie  ubiegających się o udzielenie zamówienia)* | **WYKAZ osób – WARUNKI UDZIAŁU  W POSTĘPOWANIU** |

W nawiązaniu do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: „**Świadczenie usługi polegającej na przeprowadzeniu kontroli trwałości projektów w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020”** (nr postępowania ZP/5/2024/JK),niniejszym oświadczam, że spełniam warunek udziału w postępowaniu określony w rozdziale VI ust. 2 pkt 4 lit. b) SWZ.

**Na potwierdzenie spełniania ww. warunku, przedstawiam wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Określenie wymogu:**  **posiadanie doświadczenia polegającego na przeprowadzeniu co najmniej 10 niezależnych od podmiotu kontrolowanego/audytowanego kontroli zewnętrznych lub audytów zewnętrznych projektów w zakresie trwałości projektu, dla których ustalono reguły uznawania prawidłowości ponoszonych wydatków**  **(należy zaznaczyć “X” TAK lub NIE)** | **Informacja o podstawie dysponowania**  **wskazaną osobą** |
| 1. | ...................................................... | TAK  NIE | ........................................ |
| 2. | ..................................................... | TAK  NIE | ........................................ |
| 3. | ...................................................... | TAK  NIE | ........................................ |
| 4. | ...................................................... | TAK  NIE | ........................................ |
| 5. | ...................................................... | TAK  NIE | ........................................ |
| 6. | ...................................................... | TAK  NIE | ........................................ |
| 7. | ...................................................... | TAK  NIE | ........................................ |
| 8. | ...................................................... | TAK  NIE | ........................................ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Określenie wymogu:**  **posiadanie doświadczenia w koordynowaniu kontroli/pełnieniu funkcji kierownika zespołu kontrolującego w co najmniej 15 kontrolach**  **(należy zaznaczyć “X” TAK lub NIE)** | **Informacja o podstawie dysponowania**  **wskazaną osobą** |
| 1. | ...................................................... | TAK  NIE | ........................................ |
| 2. | ...................................................... | TAK  NIE | ........................................ |

Oświadczam, że wyżej wskazane osoby:

1. posiadają odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie, zgodnie z wymaganiami Zamawiającego określonymi w SWZ, oraz są zdolne do wykonania zamówienia.
2. będą realizowały przedmiot umowy przez cały okres jej trwania. Każda zmiana ww. osób skierowanych do realizacji usługi wymaga zgody Zamawiającego na warunkach opisanych w Projektowanych postanowieniach umowy.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym wykazie są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

***Dokument należy złożyć w formie elektronicznej podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę uprawnioną.***