EZP.272.45.2022 Zał. nr 6 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**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego przez Wojewódzką Stacje Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy, pn. „**Roboty budowlane
i instalacyjne w budynku „B” Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej
w Bydgoszczy, zlokalizowanym przy ul. Kujawskiej 4 w Bydgoszczy: przebudowa magazynu odpadów medycznych, w tym pocovidowych i niebezpiecznych, remont elewacji wraz z wymianą stolarki okiennej i drzwiowej oraz modernizacja instalacji ciepłej wody wraz z cyrkulacją”**

Niniejszym przedkładamy wykaz wykonanych robót obejmujących ramy czasowe oraz zakres rzeczowo – finansowy opisane w rozdziale XVI SWZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imięi Nazwisko | Opis kwalifikacji niezbędnychdo wykonania zamówienia | Staż pracy jako kierownik robót |
| 1 |  | Nazwa posiadanych uprawnień ……………………..……Zakres uprawnień ………………………………………….Data ważności uprawnień …………………………………Nr uprawnień …………………………… |  |
| 2 |  | Nazwa posiadanych uprawnień ……………………..……Zakres uprawnień ………………………………………….Data ważności uprawnień …………………………………Nr uprawnień ………………………………………. |  |

**Oświadczamy, że osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia, o których mowa powyżej.**

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

 *(miejscowość, data)*

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

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