*zał. nr 9 do SWZ*

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA**

NAZWA WYKONAWCY ..........................................................................................................

Adres Wykonawcy .......................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO | KWALIFIKACJE ZAWODOWE/ UPRAWNIENIA | DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE / WYKSZTAŁCENIE | FUNKCJA  PRZY  REALIZACJI  ZAMÓWIENIA | PODSTAWA DYSPONOWANIA |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam, że osoby które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia.

.................................., dnia ...........................

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

podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej

do składania oświadczeń w imieniu (przedstawicieli) Wykonawcy