**ZP.272.8.2023 *Załącznik nr7b do SWZ***

**WYKAZ OSÓB**

W związku z udziałem w postępowaniu pn. **„Budowa budynku Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Krapkowicach”** jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia w celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu określonych w SWZ przedstawiam następujące osoby, które zostaną skierowane do realizacji zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **KIEROWNIK BUDOWY** | **Podstawa do dysponowania osobą** |
| **Imię i nazwisko:** ……………………………………… | uprawnienia do kierowania robotami budowlanymi bez ograniczeń w specjalności konstrukcyjno-budowlanej od minimum 10 lat licząc wstecz od dnia, w którym upływa termin składania ofert | ………………………………………(zasób własny/zasób innego podmiotu) |
| umiejętność posługiwania się biegle językiem polskim w mowie i piśmie |
| wykształcenie wyższe |
| **Lp.** | **Doświadczenie** |
| **1.** | **Posiada doświadczenie w kierowaniu jako kierownik budowy, w okresie ostatnich 5 lat liczonym wstecz od dnia, w którym upływa termin składania ofert robotami budowlanymi co najmniej jednej inwestycji polegającej na budowie lub przebudowie budynku służby zdrowia, opieki społecznej i socjalnej wraz z wykonaniem instalacji wodno-kanalizacyjnej, wentylacji mechanicznej, elektrycznej i c.o. o wartości co najmniej 5 000 000,00 zł brutto (słownie: pięć milionów złotych 00/100)****1.1 INWESTYCJA 1:****1) Nazwa**:……………………………………**2) Podmiot, na rzecz którego roboty budowlane zostały wykonane:** ………………………………… (nazwa i adres podmiotu)**3) Rodzaj robót budowlanych: …………………………..** (budowa/przebudowa)**4) Rodzaj budynku:** …………………………………………(budynek służby zdrowia/opieki społecznej i socjalnej)**5) Wartość zamówienia:** ………………………………………… zł brutto**6) Okres pełnienia funkcji:** ………………………………………… (od dd/mm/rrrr do dd/mm/rrrr)**1.2 INWESTYCJA 2:****1) Nazwa**:……………………………………**2) Podmiot, na rzecz którego roboty budowlane zostały wykonane:** ………………………………… (nazwa i adres podmiotu)**3) Rodzaj robót budowlanych: …………………………..** (budowa/przebudowa)**4) Rodzaj budynku:** …………………………………………(budynek służby zdrowia/opieki społecznej i socjalnej)**5) Wartość zamówienia:** ………………………………………… zł brutto**6) Okres pełnienia funkcji:** ………………………………………… (od dd/mm/rrrr do dd/mm/rrrr) |

|  |  |
| --- | --- |
| **KIEROWNIK ROBÓT W ZAKRESIE INSTALACJI SANITARNYCH** | **Podstawa do dysponowania osobą** |
| **Imię i nazwisko:** ……………………………………… | uprawnienia do kierowania robotami budowlanymi bez ograniczeń w specjalności instalacyjnej w zakresie sieci, instalacji i urządzeń cieplnych, wentylacyjnych, gazowych, wodociągowych i kanalizacyjnych od minimum 5 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływa termin składania ofert | ………………………………………(zasób własny/zasób innego podmiotu) |
| umiejętność posługiwania się biegle językiem polskim w mowie i piśmie |
| wykształcenie wyższe techniczne |
| **Lp.** | **Doświadczenie** |
| **1.** | **Posiada doświadczenie w kierowaniu w okresie ostatnich 5 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływa termin składania ofert robotami budowlanymi w danym zakresie i specjalności w trakcie realizacji co najmniej jednej inwestycji polegającej na budowie lub przebudowie budynku służby zdrowia, opieki społecznej i socjalnej wraz z wykonaniem instalacji: wodno-kanalizacyjnej, wentylacji mechanicznej, elektrycznej i c.o. o wartości co najmniej 5 000 000,00 zł brutto (słownie: pięć milionów złotych 00/100)****1.1 INWESTYCJA 1:****1) Nazwa**:……………………………………**2) Podmiot, na rzecz którego roboty budowlane zostały wykonane:** ………………………………… (nazwa i adres podmiotu)**3) Rodzaj robót budowlanych: …………………………..** (budowa/przebudowa)**4) Rodzaj budynku:** …………………………………………(budynek służby zdrowia/opieki społecznej i socjalnej)**5) Wartość zamówienia:** ………………………………………… zł brutto**6) Okres pełnienia funkcji:** ………………………………………… (od dd/mm/rrrr do dd/mm/rrrr)**1.2 INWESTYCJA 2:****1) Nazwa**:……………………………………**2) Podmiot, na rzecz którego roboty budowlane zostały wykonane:** ………………………………… (nazwa i adres podmiotu)**3) Rodzaj robót budowlanych: …………………………..** (budowa/przebudowa)**4) Rodzaj budynku:** …………………………………………(budynek służby zdrowia/opieki społecznej i socjalnej)**5) Wartość zamówienia:** ………………………………………… zł brutto**6) Okres pełnienia funkcji:** ………………………………………… (od dd/mm/rrrr do dd/mm/rrrr) |

|  |  |
| --- | --- |
| **KIEROWNIK ROBÓT W ZAKRESIE INSTALACJI ELEKTRYCZNYCH**  | **Podstawa do dysponowania osobą** |
| **Imię i nazwisko:** ……………………………………… | uprawnienia do kierowania robotami budowlanymi bez ograniczeń w specjalności instalacyjnej w zakresie sieci, instalacji i urządzeń elektrycznych i elektroenergetycznych od minimum 5 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływa termin składania ofert | ………………………………………(zasób własny/zasób innego podmiotu) |
| umiejętność posługiwania się biegle językiem polskim w mowie i piśmie |
| wykształcenie wyższe techniczne |
| **Lp.** | **Doświadczenie** |
| **1.** | **Posiada doświadczenie w kierowaniu w okresie ostatnich 5 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływa termin składania ofert robotami budowlanymi w danym zakresie i specjalności w trakcie realizacji co najmniej jednej inwestycji polegającej na budowie lub przebudowie budynku służby zdrowia, opieki społecznej i socjalnej wraz z wykonaniem instalacji: wodno-kanalizacyjnej, wentylacji mechanicznej, elektrycznej i c.o. o wartości co najmniej 5 000 000,00 zł brutto (słownie: pięć milionów złotych 00/100)****1.1 INWESTYCJA 1:****1) Nazwa**:……………………………………**2) Podmiot, na rzecz którego roboty budowlane zostały wykonane:** ………………………………… (nazwa i adres podmiotu)**3) Rodzaj robót budowlanych: …………………………..** (budowa/przebudowa)**4) Rodzaj budynku:** …………………………………………(budynek służby zdrowia/opieki społecznej i socjalnej)**5) Wartość zamówienia:** ………………………………………… zł brutto**6) Okres pełnienia funkcji:** ………………………………………… (od dd/mm/rrrr do dd/mm/rrrr)**1.2 INWESTYCJA 2:****1) Nazwa**:……………………………………**2) Podmiot, na rzecz którego roboty budowlane zostały wykonane:** ………………………………… (nazwa i adres podmiotu)**3) Rodzaj robót budowlanych: …………………………..** (budowa/przebudowa)**4) Rodzaj budynku:** …………………………………………(budynek służby zdrowia/opieki społecznej i socjalnej)**5) Wartość zamówienia:** ………………………………………… zł brutto**6) Okres pełnienia funkcji:** ………………………………………… (od dd/mm/rrrr do dd/mm/rrrr) |

*(****Należy opatrzyć elektronicznym podpisem*** *kwalifikowanym lub podpisem zaufanym lud podpisem osobistym osoby lub osób uprawnionych do zaciągania zobowiązań cywilno-prawnych* ***w imieniu Wykonawcy****)*