#### Załącznik Nr 7 do SWZ

**Do Zamawiającego:**

### Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocieńcu**

reprezentowany przez p. Ewę Giza – Dyrektora Szpitala

ul. Kańsko 1

78-520 Złocieniec

**Przedmiot zamówienia:**

**Przebudowa łazienek dla pacjentów w budynku Szpitala**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

(Nazwa i adres wykonawcy)

**Wykaz osób,**

**które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

Oświadczam(y), że do realizacji niniejszego zamówienia będę (będziemy) dysponować następującymi osobami:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko/**  **Podstawa dysponowania osobą** | **Funkcja, rodzaj uprawnień, data wydania, organ** | **Informacje na temat kwalifikacji zawodowych, doświadczenia niezbędnych do wykonania zamówienia** | **informacja o**  **podstawie do**  **dysponowania**  **tymi osobami** |
| **1** |  | Osoba posiadająca uprawnienia budowlane do projektowania |  |  |
| **2** |  | Kierownik robót |  |  |
| **3** |  | Kierujący robotami sanitarnymi |  |  |

Oświadczam(y), że osoby wyżej wskazane, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, posiadają wymagane kwalifikacje oraz uprawnienia.