



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Załącznik nr 4 do SWZ
Nr sprawy: **TP 33/24**

Wykonawca:

.....

(Nazwa firmy, adres)

WYKAZ OSÓB

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na wykonanie zamówienia pn.:

Opracowanie kompletnej dokumentacji projektowej dla rozbudowy i modernizacji Oddziału Wewnętrznego Nr IX na 2 piętrze w budynku A, oraz budowa łącznika pomiędzy budynkiem A a budynkiem A1 znajdującego się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Przedkładam wykaz osób na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w postępowaniu, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług:

LP.	Nazwa funkcji	Imię i Nazwisko	Uprawnienia	Doświadczenie (<i>Wykonawca musi wykazać spełnienie warunku określonego w pkt. 5.2.4a SWZ</i>)	Wykształcenie, kwalifikacje zawodowe	Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami ¹
-----	---------------	-----------------	-------------	--	--------------------------------------	--

¹ Należy określić: „własne zasoby” lub „oddane zasoby do dyspozycji wykonawcy”.

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

1	Projektant branży Konstrukcyjno-Budowlanej			Doświadczenie zawodowe polegające na wykonaniu w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie – należycie wykonał (jako projektant) co najmniej 1 (jedną) usługę polegającą na opracowaniu dokumentacji projektowej w zakresie budowlanym lub konstrukcyjnym obiektów użyteczności publicznej o powierzchni całkowitej co najmniej 500 m2.	Wykształcenie:	
2	Technolog medyczny			Doświadczenie zawodowe polegające na wykonaniu w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie – należycie wykonał (jako projektant) co najmniej 1 (jedną) usługę polegającą na opracowaniu projektu w zakresie technologii medycznej obiektów o powierzchni całkowitej co najmniej 500 m2.	Wykształcenie:	

Formularz musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl

