**Załącznik nr 4**

|  |
| --- |
| ***dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym na „Przebudowa Zakładu Patomorfologii w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu K-2857”, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.70.2021****”****,*** prowadzonego przez 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ, ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław*:* |

**Wykaz osób**

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**

skieruję do realizacji przedmiotowego zamówienia publicznego niżej wymienione osoby:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe**  **/ uprawnienia** | Informacja o **podstawie dysponowania** osobą   1. W przypadku, gdy Wykonawca dysponuje wskazaną osobą na podstawie stosunku prawnego łączącego go bezpośrednio z tą osobą należy wpisać:   **„dysponowanie bezpośrednie – umowa o pracę tak+ wymiar zatrudnienia/nie**”.   1. Natomiast w przypadku, gdy wskazana osoba jest udostępniana przez inny podmiot (podmiot trzeci) należy wpisać:   „**dysponowanie pośrednie** |
| **1.** |  |  | dysponowanie………………….  *(bezpośrednie / pośrednie)* |
| **2.** |  |  | dysponowanie………………….  *(bezpośrednie / pośrednie)* |
| **…** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Na żądanie zamawiającego **w trakcie realizacji umowy**, udostępnię/my dokumenty kwalifikacje zawodowe / uprawnienia (wg Rozdziału VIII pkt 1 ppkt 4 lit. b) SWZ ), w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania pisemnego wezwania, pod rygorem możliwości naliczania kar umownych i możliwości odstąpienia od umowy z przyczyn leżących po stronie wykonawcy.