**Nazwa zamówienia: „Zaprojektowanie i wykonanie centrum rehabilitacji społeczno-leczniczej na terenie Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica sp. z o.o. w ramach Projektu „Poprawa funkcjonalności i efektywności kosztowej leczenie psychiatrycznego w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim Drewnica”**

**[Znak sprawy: 15/PN/2020 ]**

*Załącznik nr 4 do SIWZ*

*[Znak sprawy: 15/PN/2020]*

**WYKAZ OSÓB**

**skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko osoby | Funkcja | Rodzaj i nr uprawnień, zakres uprawnień i data wydania, przez kogo wydane. Doświadczenie (podać okres zdobytego doświadczenia: od – do w formacie mm-rrrr) | Podstawa dysponowania wykazanymi osobami |
| 1. |  | Kierownik budowy w specjalności konstrukcyjno-budowlanej  |  | Okresy doświadczenia zawodowego po uzyskaniu uprawnień budowlanych na stanowisku kierownika budowy w specjalności konstrukcyjno-budowlanej…. |  |
| 2. |  | Kierownik robót w specjalności instalacyjnej w zakresie sieci, instalacji i urządzeń elektrycznych i elektroenergetycznych |  | Okresy doświadczenia zawodowego po uzyskaniu uprawnień budowlanych na stanowisku kierownika robót w specjalności instalacyjnej w zakresie sieci, instalacji i urządzeń elektrycznych i elektroenergetycznych:….…. |  |

***Uwaga:***

***Wykonawca modyfikuje powyższą tabelę w zależności od potrzeb i ilości robót wykazywanych na potwierdzenie doświadczenia personelu skierowanego do realizacji zamówienia, z zastrzeżeniem, że nie mogą zostać pominięte podstawowe informacje w niej zawarte.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy (ów)** | **Podpis(y) osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy(ów)** | **Pieczęć(cie) Wykonawcy(ów)** | **Miejscowość** **i data** |
| 1) |  |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |  |