Załącznik nr 9 do SWZ

*(*wymagany na wezwanie Zamawiającego)

**ZPU.272.43.2021**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca:** | **reprezentowany przez:** |
|  |  |
| *pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG* | *imię, nazwisko osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy*  */stanowisko/podstawa do reprezentacji* |

**WYKAZ OSÓB**

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym na ***Wykonanie Programu Funkcjonalno-Użytkowego dla zadania inwestycyjnego pn. „Rozbudowa budynku Starostwa Powiatowego w Legionowie wraz z przebudową”*** przedstawiam wykaz osób niezbędnych dla potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu. Oświadczam, że dysponuję niżej wymienionym zasobem osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu przedmiotu zamówienia i są zdolne do wykonania przedmiotu zamówienia.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię  i nazwisko**  *(osoby skierowanej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego)* | **Zakres  wykonywanych czynności** | **Kwalifikacje zawodowe**  **uprawnienia wykształcenie**  *(wpisać rodzaj i nr wymaganych przez Zamawiającego uprawnień, wykształcenie)* | **Doświadczenie**  *(wpisać okres posiadania wymaganych uprawnień*  *w latach)* | **Podstawa  do dysponowania osobą**  *pracownik własny  (np. umowa o pracę, umowa zlecenie) /pracownik oddany  do dyspozycji przez inny podmiot* |
|  | ……………………… | *………………………………………*  *osoba posiadająca uprawnienia do pełnienia samodzielnych funkcji technicznych w zakresie projektowania bez ograniczeń w specjalności architektonicznej lub konstrukcyjno-budowlanej* | ……………………… | ……………………… | ……………………… |

***Uwaga! Dokument należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***