#### 

#### Załącznik nr 5 do SWZ

|  |  |
| --- | --- |
| ***WYKONAWCA:***  *……………………………………………………………………………..*  *Pełna nazwa/firma*  *……………………………………………………………………………..*  *Adres*  *w zależności od podmiotu: NIP/PESEL ……..……………………….*  *REGON:…………………………………..* | ***ZAMAWIAJĄCY:***  Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii  w Opolu  45-066 Opole, ul. Reymonta 8  NIP: 754-24-80-425  REGON: 000640136 |

**WYKAZ**

W celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Przebudowainstalacji elektrycznej na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym znajdującym się na I piętrze budynku A Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu zgodnie z dokumentacją projektową i przedmiarem robót***,*prowadzonego przez Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu w trybie podstawowym bez negocjacji o sygnaturze **DZP.26.2.13.2021** przedstawiam **wykaz** **osób** skierowanych do realizacji zamówienia publicznego, odpowiedzialnych za kierowanie robotami budowlanymi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja  o podstawie  do dysponowania osobą** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 |  | Uprawnienia budowlane  w specjalności instalacyjnej  w zakresie sieci, instalacji i urządzeń: telekomunikacyjnych, elektrycznych i elektroenergetycznych nr ………………  wydane przez ………………….  Przynależność do właściwej izby samorządu zawodowego  w budownictwie -  nr członkowski: ……………… | Kierowanie robotami budowlanymi branży elektrycznej |  |