……………………………..

 *(Nazwa Wykonawcy)*

**Wykaz osób – pracowników ochrony**

**skierowanych przez Wykonawcę do realizacji przedmiotu zamówienia**

Oświadczam, iż wskazane niżej osoby zostaną skierowane do realizacji usługi **„Całodobowa usługa ochrony fizycznej obiektu i mienia w siedzibie Dzielnicowego Biura Finansów Oświaty Praga-Północ m.st. Warszawy realizowana od dnia 31 grudnia 2021 r. do dnia 31 grudnia 2022 r.”**nr DBFO/WPAiZP/ZP/1/2021**:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej** **do realizacji zamówienia w zakresie stacjonarnej, całodobowej ochrony obiektu**  | Doświadczenie zawodoweZakres i okres doświadczenia w miesiącachZgodnie z Rozdziałem VII ust. 1 pkt 4 lit. b i  Rozdziałem XIV ust. 2 SWZ | Podstawa dysponowania |
| 1. |  |  | *Pracownik Wykonawcy\***Pracownik innego podmiotu – dysponowanie na zasadach określonych w przepisach ustawy Pzp\** |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia z grupy interwencyjnej wpisanej na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej** | Kwalifikacje zawodowe -Wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony | Doświadczenie zawodoweZakres i okres doświadczenia w miesiącachZgodnie z Rozdziałem VII ust. 1 pkt 4 lit. b i  Rozdziałem XIV ust. 2 SWZ | Podstawa dysponowania |
| 1. |  |  |  | *Pracownik Wykonawcy\***Pracownik innego podmiotu – dysponowanie na zasadach określonych w przepisach ustawy Pzp\** |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

\* *W przypadku, gdy Wykonawca wykazując spełnianie warunku polega na zdolnościach zawodowych innych podmiotów i w kolumnie (5) wskaże inną niż „pracownik Wykonawcy” podstawę dysponowania - zobowiązany jest udowodnić, iż będzie dysponował tymi osobami w trakcie realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu zobowiązanie tych podmiotów do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia oraz dokumenty, o których mowa w treści SWZ.*

………………………., dnia ………………

 *(miejscowość, data)*

*(Zamawiający wymaga podpisania niniejszego dokumentu kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym)*