**Załącznik nr 10 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Powiat Kościerski**

**w Kościerzynie**

**ul. 3-go Maja 9C**

**83-400 Kościerzyna**

**WYKONAWCA/Y:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYKAZ OSÓB**  **które zostaną skierowane do realizacji zamówienia** |

*pełna nazwa/ firma i adres*

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym na wykonanie zadania pn.: **Adaptacja budynku na cele prowadzenia Centrum Administracyjnego Placówek Opiekuńczo – Wychowawczych w Kościerzynie,** oznaczenie sprawy: ZP.272.3.2024, oświadczam/oświadczamy, że do realizacji zamówienia zostaną skierowane m. in. następujące osoby:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Podstawa dysponowania osobami (informacja ewentualnie w załączeniu)** |
|  | 1. | …………………………………  ………………………………… | kierownik budowy | …………………………………………………………………………………………………… | wskazaną osobą dysponuję na podstawie ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | 2. | …………………………………  ………………………………… | …………….. | …………………………………………………………………………………………………… | wskazaną osobą dysponuję na podstawie ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | 3. | …………………………………  ………………………………… | ……………. | …………………………………………………………………………………………………… | wskazaną osobą dysponuję na podstawie ……………………………………………………………………………………………………………………………… |

Oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia, o ile przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.

*Wykaz osób, które zostaną skierowane do realizacji zamówienia musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowalnym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentowania Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.*