

**Wykaz osób,  
które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

**Do Zamawiającego:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocińcu**  
ul. Kańsko 1  
78-520 Złocieniec

**Przedmiot zamówienia:**

**Termomodernizacja budynku  
Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych  
– etap II**

**Wykonawca:**

.....  
.....  
.....

(Nazwa i adres wykonawcy)

Oświadczam(y), że do realizacji niniejszego zamówienia będę (będziemy) dysponować następującymi osobami:

Lp.	Imię i nazwisko/ Podstawa dysponowania osobą	Funkcja, rodzaj uprawnień, data wydania, organ	Informacje na temat kwalifikacji zawodowych, doświadczenia niezbędnych do wykonania zamówienia
		kierownik budowy	
		kierownikiem robót sanitarnych	
		kierownikiem robót elektrycznych	

Oświadczam(y), że osoba wyżej wskazana, która będzie uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, posiada wymagane kwalifikacje oraz uprawnienia.