Załącznik nr 7 do SWZ

WYKAZ OSÓB

Zamawiający:  
**Powiat Włoszczowski  
ul. Wiśniowa 10  
29-100 Włoszczowa**

WYKONAWCA:

|  |
| --- |
|  |
| (pełna nazwa / firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG) |
| reprezentowany przez: |
| (imię, nazwisko, stanowisko/ podstawa do reprezentowania) |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **Publiczny Transport Zbiorowy organizowany przez Powiat Włoszczowski na linii użyteczności publicznej relacji: Włoszczowa – Celiny - Włoszczowa**, numer postępowania **AG.272.17.2024.MO**, prowadzonego przez Powiat Włoszczowski, przedkładamy wykaz osób:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności/stanowisko** | **Kwalifikacje zawodowe (kategoria prawa jazdy)** | **Forma zatrudnienia** | **Informacja o prawie do dysponowania danym zasobem** |
| OSOBY (KIEROWCY), KTÓRYMI WYKONAWCA DYSPONUJE LUB DYSPONOWAĆ BĘDZIE NA RZECZ REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności/stanowisko** | **Forma zatrudnienia** | **Informacja o prawie do dysponowania danym zasobem** |
| OSOBY (ŚWIADCZENIE OPIEKI NAD UCZNIAMI W TRAKCIE PRZEJAZDÓW), KTÓRYMI WYKONAWCA DYSPONUJE LUB DYSPONOWAĆ BĘDZIE NA RZECZ REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA | | | | |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych wykazach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.