

Wykaz osób,
które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia

Do Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocieńcu
ul. Kańsko 1
78-520 Złoceniec

Przedmiot zamówienia:

Wykonanie kompletnej dokumentacji projektowo — kosztorysowej wraz z uzyskaniem niezbędnych decyzji administracyjnych zadania pn.: „Przebudowa kotłowni Szpitala”

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
		Projektant	

Do Wykazu należy załączyć aktualny wpis na listę członków właściwej izby samorządu zawodowego kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia.

Oświadczam/y, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.