|  |
| --- |
| **Wykonawca:** |
| …………………………………………………………………… |
| *(pełna nazwa/firma)* |

**DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE PROJEKTANTA**

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: |
| Opracowanie dokumentacji projektowej i kosztorysowej zadania dotyczącego:„Przebudowy, rozbudowy i modernizacji budynku szpitalnego nr 6A, celem dostosowania dla potrzeb Poradni szpitalnych” |
| prowadzonego przez Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie, oświadczam co następuje: |

Doświadczenie zawodowe Projektanta będzie oceniane na podstawie informacji dotyczących doświadczenia zawodowego osoby wyznaczonej przez Wykonawcę, tj. projektanta posiadającego uprawnienia budowlane do projektowania bez ograniczeń w specjalności konstrukcyjno-budowlanej, do realizacji zamówienia na wykonanie dokumentacji technicznej zawierającej elementy branży budowlanej, zawarte w niniejszym Formularzu.

Za każdą opracowaną, w okresie ostatnich 3 lat, przez osobę proponowaną na stanowisko Projektanta branży konstrukcyjno-budowlanej bez ograniczeń, dokumentację branży budowlanej dotyczącą budynków służby zdrowia lub budynków użyteczności publicznej odnoszącą się do ich budowy lub przebudowy lub rozbudowy lub remontu, Zamawiający przyzna 10 pkt., jednak łącznie nie więcej niż 40 pkt.

*Uwaga:*

*W kryterium „Doświadczenie Projektanta” ocenie będą podlegać jedynie informacje o dokumentacjach projektowych, wykazane w niniejszym Formularzu złożonym wraz z ofertą. Na potwierdzenie wykonania dokumentacji wpisanej w niniejszym Formularzu należy dołączyć - do każdej wykazanej pozycji - referencje bądź inne dokumenty stwierdzające fakt jej wykonania. Do oceny będą brane tylko te usługi (pozycje z tabeli), które zostaną potwierdzone ww. dokumentami (referencje bądź inne dokumenty stwierdzające fakt ich wykonania).*

*Jeżeli Wykonawca nie złoży wraz z ofertą niniejszego Formularza wraz z potwierdzeniem wykonania usług, to w tym kryterium oferta otrzyma 0 (zero) punktów.*

 **W Y K A Z**

**DOŚWIADCZENIA OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Imię i Nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia:

………………………………………………………………………………....................……………………………………….

uprawnienia ………………………………………....................………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i zakres usługi | Data wykonania | Podmiot, na rzecz, którego usługi zostały wykonane |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

Oświadczenie niniejsze powinno być podpisane podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.