**Nr postępowania: ZP/23/2018 Załącznik nr 5 do SIWZ**

………………………………………………..

 Nazwa i adres Wykonawcy

 **WYKONANIE PRAC ADAPTACYJNYCH POMIESZCZEŃ WRAZ Z WYMIANĄ DZWIGÓW OSOBOWYCH W BUDYNKU SZPITALA PRZY ULICY MARSZAŁKOWSKIEJ 24/26 W WARSZAWIE**

**NA POTRZEBY SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO KLINICZNEGO SZPITALA OKULISTYCZNEGO**

**DOTYCZY ZADANIA NR ……**

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA,**

Na wezwanie Zamawiającego przedkładamy wykaz osób w celu oceny spełniania przez wykonawcę warunków udziału w postępowaniu w zakresie niezbędnym do potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu w zakresie, o którym mowa w części VIII SIWZ - Zdolność techniczna lub zawodowa.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres czynności/funkcja, którą będzie pełniła wskazana osoba** | **Opis doświadczenia** | **Uprawnienia** (jeżeli są wymagane) | **Podstawa dysponowania** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| (miejscowość) | (data) |
|  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*podpisy osób/osoby wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo*