Załącznik nr 7 do SWZ

**Znak sprawy: GK.271.1.2024.DP**

|  |
| --- |
| **Wykonawca:** |
|  |
| *pełna nazwa/firma* |
|  |
| *adres* |

**Wykaz osób**

**Dot. Kompleksowy remont budynku Ośrodka Zdrowia w Brojcach**

**Wypełnić zgodnie z warunkami postawionymi w SWZ Rozdz. VIb**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Funkcja pełniona w ramach zamówienia (zgodnie z opisem w SWZ Rozdz. VIb)** | **1 - Rodzaj uprawnienia, numer i data nadania, wskazać czy: uprawnienia bez ograniczeń czy z ograniczeniami – jeżeli dotyczy (wpisać zgodnie z opisem w SWZ Rozdz. VIb)**  **2 – Posiadane doświadczenie** | **Podstawa**  **do dysponowania**  **daną osobą**  **(dysponowanie bezpośrednie lub dysponowanie pośrednie)** |
|  | **Kierownik budowy** |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| *Podpisano podpisem elektronicznym, zaufanym lub osobistym* |