**Załącznik nr 8 do SWZ**

**Znak postępowania: CEZAMAT/ZP29/2024**

**WYKAZ OSÓB**

na potwierdzenie spełniania warunku posiadania zdolności technicznej   
i zawodowej opisanego w Rozdziale IX pkt 2, lit. c) , ppkt 2. SWZ

**Nazwa Wykonawcy**:.......................................................................................................................

**siedziba Wykonawcy**: .................................................................................................................

*(w przypadku oferty składanej przez* ***Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia****, należy wpisać* ***wszystkich Wykonawców*** *z określeniem ich nazwy i siedziby)*

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**,, Dostawa urządzenia do plazmowego trawienia ICP/RIE z możliwością trawienia warstw atomowych (ALE)”**

przedkładam wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia zgodnie z zapisami Rozdziału IX pkt 2, lit. c) , ppkt 2. SWZ

W przypadku wykazania w wykazie większej liczby osób niż minimum wymagane przez Zamawiającego, Wykonawca samodzielnie rozszerza poniższą tabele.

1. **Inżynier posiadający wiedzę dotyczącą konstrukcji urządzeń do plazmowego trawienia ICP/RIE z możliwością trawienia warstw atomowych (ALE), potwierdzoną co najmniej 3- letnim doświadczeniem w wykonywaniu prac montażu / instalacji urządzeń do do plazmowego trawienia ICP/RIE z możliwością trawienia warstw atomowych (ALE).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Opis doświadczenia zawodowego | Podstawa dysponowania  tymi osobami \* (rodzaj umowy o pracę/zlecenie/inne) |
| 1. |  |  |  |

1. **Montażysta/ instalator posiadający wiedzę i doświadczenie dotyczące funkcjonowania urządzeń do do plazmowego trawienia ICP/RIE z możliwością trawienia warstw atomowych (ALE), potwierdzone co najmniej 3-letnim doświadczeniem w wykonywaniu prac montażu/ instalacji urządzeń do plazmowego trawienia ICP/RIE z możliwością trawienia warstw atomowych (ALE).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Opis doświadczenia zawodowego | Podstawa dysponowania  tymi osobami \* (rodzaj umowy o pracę/zlecenie/inne) |
| 1. |  |  |  |

............................................., ............... 2024 r. .……….............................................

miejscowość data /podpis osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu udostępniającego zasoby w formie elektronicznej – podpis kwalifikowany lub podpis zaufany lub podpis osobisty/

# *Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji powyższych danych.*

WYPEŁNIONY FORMULARZ NALEŻY OPATRZYĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM