**EZP.272.25.2023**

**Załącznik nr 6**

**do SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego przez Wojewódzką Stacje Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy, pn. „**Wykonanie klimatyzacji dla wybranych pomieszczeń w budynku „A” Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Bydgoszczy”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imięi Nazwisko | Opis kwalifikacji niezbędnychdo wykonania zamówienia | Doświadczenie w sprawowaniu samodzielnych funkcji technicznych w budownictwie (w latach) |
| 1 |  | Nazwa posiadanych uprawnień ……………………..……Zakres uprawnień ………………………………………….Data ważności uprawnień …………………………………Nr uprawnień …………………………… |  |
| 2 |  | Nazwa posiadanych uprawnień ……………………..……Zakres uprawnień ………………………………………….Data ważności uprawnień …………………………………Nr uprawnień ………………………………………. |  |

**Oświadczamy, że osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają uprawnienia wymagane przy realizacji robót wyszczególnionych w Opisie Przedmiotu Zamówienia.**

*.........................................................*

 *(miejscowość, data)*

*.............................................................*

 *(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)*