**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Wykonawca:**

1. **………………………………………………………………………………**
2. *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL)*

WYKAZ OSÓB

1. Dot. **Świadczenie usługi fizycznej ochrony osób i mienia dla potrzeb**
2. **Zakładu Usług Komunalnych w Mikołowie w roku 2024**

Niniejszym w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy **oświadczamy**, iż spełniam(y) warunek, polegający ***Dysponowaniu osobą koordynatora ochrony podsiadającego doświadczenie w zakresie koordynacji pracy ochrony minimum 1 rok.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko Koordynatora**  | **Okres doświadczenia \*** | **Informacja o podstawie****dysponowania****doświadczeniem\*** |
|  | **1.** | **2.** | **3.** |
| **1.** | …………………………….. | * min. 1 rok
* min.2 lata
* min. 3 lata i więcej
 | DoświadczenieWykonawcy \*/ Doświadczenie oddane Wykonawcy do dyspozycji przez inny podmiot \* |

***(dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub elektronicznym podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę lub osoby umocowane do złożenia podpisu w imieniu Wykonawcy)***

\* właściwe zaznaczyć