**Załącznik nr 4 do SWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Dane Wykonawcy |  |
| Adres Wykonawcy:  kod, miejscowość, ulica, nr lokalu |  |
| Numer telefonu |  |
| E-mail |  |
| REGON |  |
| NIP |  |

**WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

**w postępowaniu pn: „Usługi w zakresie wykonywania napraw cystern, cystern dystrybutorów, naprawy armatury stacjonarnej MPS oraz pomiar ochrony katodowej, eksploatowanego sprzętu wojskowego w 17 Wojskowym Oddziale Gospodarczym oraz w podległych gospodarczo jednostkach organizacyjnych**

**- numer postępowania 47/WOG/U/MPS/21”**

w celu potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu dotyczącego zdolności technicznej lub zawodowej (określonego w Rozdziale 18 pkt 4 lit. b) SWZ) dot. dysponowania odpowiednimi osobami skierowanymi przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, przedstawiam wykaz osób zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Imię i nazwisko | Informacje na temat posiadanych kwalifikacji zawodowych, uprawnień lub wykształcenia, | Zakres wykonywanych czynności w zamówieniu | Podstawa do dysponowania osobą |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

**Oświadczam, że osoby skierowane do realizacji zamówienia:**

1. **są lub będą zatrudnione na umowę o pracę,**
2. **zostały przeszkolone w zakresie ochrony ppoż. i bezpiecznej ewakuacji oraz udzielenia** **pierwszej pomocy** *(do wykazu należy dołączyć zaświadczenia/certyfikaty   
   z przeszkolenia z zakresu ochrony ppoż. i bezpiecznej ewakuacji oraz udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej osób wskazanych w wykazie).*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/podpis zaufany złożony przez osobę(osoby) uprawnioną(-e) |