***Załącznik Nr 6 do SWZ***

Znak sprawy: IZ-I.272.16.2024

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ**

**W WYKONANIU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Wykonawcy .........................................................................................................  
Adres Wykonawcy .........................................................................................................  
Numer tel./ mail ....................................................................................................................

Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie zamówienia podstawowego bez negocjacji pn. Modernizacja Zduńskowolskiego Szpitala Powiatowego Spółka z o.o.” (znak: IZ-I.272.16.2024)

oświadczamy, **że dysponujemy odpowiednio wykwalifikowanymi osobami** posiadającymi kwalifikacje zawodowe, określone SWZ, niezbędne do należytego wykonania przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię**  **i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności- przewidziana funkcja** | **Opis kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i uprawnień niezbędnych do wykonania zamówienia** | **Informacja o podstawie dysponowania tymi osobami** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………………. *(miejscowość)* dnia ……………….. r.