

.....
pełna nazwa i adres oferenta

WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA

Składany do zadania

„Poprawa dostępu w Powiecie Skarżyskim do usług świadczonych w lokalnej społeczności poprzez utworzenie placówki opieki całodobowej oferującej stały pobyt dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych wraz z mieszkaniem chronionymi”

Lp.	Nazwisko i imię	Zakres wykonywanych czynności	Kwalifikacje zawodowe tj. rodzaj i numer uprawnień budowlanych	Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/ oddane do dyspozycji przez inny podmiot
1			Upewnieniu budowlane do kierowania robotami w specjalności Nr upewnieniu	Własne / oddane do dyspozycji *
2			Upewnieniu budowlane do kierowania robotami w specjalności Nr upewnieniu	Własne / oddane do dyspozycji *
3			Upewnieniu budowlane do kierowania robotami w specjalności Nr upewnieniu	Własne / oddane do dyspozycji *
4			Upewnieniu budowlane do kierowania robotami w specjalności Nr upewnieniu	Własne / oddane do dyspozycji *

Uwaga! oświadczam(my), że osoba wskazana, będzie uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia i posiada upewnieniu wymagane w postawionym warunku w SIWZ i może sprawować wymienioną funkcję zgodnie z Prawem Budowlanym.

* **niepotrzebne skreślić** (jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno - prawnej pozostawiamy własne)

.....
MIEJSCOWOŚĆ /DATA

.....
podpis osoby/ób upewnienionej/ych
do reprezentowania Wykonawcy