

Załącznik nr 6 – wykaz osób

dotyczy postępowania znak. ZP/2501/51/24 – Zaprojektowanie i wykonanie robót budowlanych w ramach projektu pn. „*Zwiększenie efektywności energetycznej budynków należących do Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie”.*

Projekt współfinasowany:

• Ze środków Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w ramach programu priorytetowego nr 3.4.1 Budownictwo Energooszczędne Część 1) Zmniejszenie zużycia energii w budownictwie.

• Ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego, w ramach dotacji celowej.

# 

Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko**  **koordynator projektu** | |  |
| **Informacje o doświadczeniu oraz zamówieniu/projekcie/usłudze (nazwa wykonanego zamówienia, nazwa zamawiającego, siedziba zamawiającego, termin wykonania, rola/udział w realizowanym projekcie**  **na potwierdzenie warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w Rozdziale IV ust 1 pkt 1.4.7 SWZ** | | |
| 1. |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko**  **Kierownik robót**  **branży elektrycznej** | |  |
| **Informacje o doświadczeniu/ nr uprawnień oraz zamówieniu/projekcie/usłudze (nazwa wykonanego zamówienia, nazwa zamawiającego, siedziba zamawiającego, termin wykonania, rola/udział w realizowanym projekcie**  **na potwierdzenie warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w Rozdziale IV ust 1 pkt 1.4.3 SWZ** | | |
| 1. |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko**  **Projektant**  **branzy architektonicznej** | |  |
| **Informacje o doświadczeniu/ nr uprawnień oraz zamówieniu/projekcie/usłudze (nazwa wykonanego zamówienia, nazwa zamawiającego, siedziba zamawiającego, termin wykonania, rola/udział w realizowanym projekcie**  **na potwierdzenie warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w Rozdziale IV ust 1 pkt 1.4.4 SWZ** | | |
| 1. |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko**  **Projektant branży**  **elektrycznej** | |  |
| **Informacje o doświadczeniu/ nr uprawnień oraz zamówieniu/projekcie/usłudze (nazwa wykonanego zamówienia, nazwa zamawiającego, siedziba zamawiającego, termin wykonania, rola/udział w realizowanym projekcie**  **na potwierdzenie warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w Rozdziale IV ust 1 pkt 1.4.6 SWZ** | | |
| 1. |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko**  **Projektant**  **branzy sanitarnej** | |  |
| **Informacje o doświadczeniu/ nr uprawnień oraz zamówieniu/projekcie/usłudze (nazwa wykonanego zamówienia, nazwa zamawiającego, siedziba zamawiającego, termin wykonania, rola/udział w realizowanym projekcie**  **na potwierdzenie warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w Rozdziale IV ust 1 pkt 1.4.5 SWZ** | | |
| 1. |  | |

|  |
| --- |
| kwalifikowany podpis elektroniczny |