

Załącznik nr 3a – wykaz osób (podmiotowy środek dowodowy)

Dotyczy postępowania pn. Usługa bezpośredniej ochrony fizycznej stałej – dozoru mienia nieruchomości Specjalistycznego Szpital Wojewódzkiego w Ciechanowie przy ul. Długiej 9.

**Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia**

**(cz. III SWZ pkt. 5.4)**

**Należy wykazać min 3 osoby**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko**  |  |
| **Informacje o zamówieniu/ usłudze opisanej w ustalonych warunkach udziału w postępowaniu , cz. III SWZ 5.2) (nazwa wykonanego zamówienia, wartość zamówienia, nazwa zamawiającego, siedziba zamawiającego, termin wykonania, rola/udział w realizowanym zamówieniu, potwierdzenie w zakresie sprawności fizycznej, podstawa dysponowania (umowa o pracę, umowa cywilna itd.)** |
| 1. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko**  |  |
| **Informacje o zamówieniu/ usłudze opisanej w ustalonych warunkach udziału w postępowaniu , cz. III SWZ 5.2) (nazwa wykonanego zamówienia, wartość zamówienia, nazwa zamawiającego, siedziba zamawiającego, termin wykonania, rola/udział w realizowanym zamówieniu, potwierdzenie w zakresie sprawności fizycznej, podstawa dysponowania (umowa o pracę, umowa cywilna itd.)** |
| 1. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko**  |  |
| **Informacje o zamówieniu/ usłudze opisanej w ustalonych warunkach udziału w postępowaniu , cz. III SWZ 5.2) (nazwa wykonanego zamówienia, wartość zamówienia, nazwa zamawiającego, siedziba zamawiającego, termin wykonania, rola/udział w realizowanym zamówieniu, potwierdzenie w zakresie sprawności fizycznej, podstawa dysponowania (umowa o pracę, umowa cywilna itd.)** |
| 1. |  |

**Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia**

**(cz. III SWZ pkt. 5.5)**

**Należy wykazać min 3 osoby**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko**  |  |
| **Informacje o zamówieniu/ usłudze opisanej w ustalonych warunkach udziału w postępowaniu , cz. III SWZ 5.3) (nazwa wykonanego zamówienia, wartość zamówienia, nazwa zamawiającego, siedziba zamawiającego, termin wykonania, rola/udział w realizowanym zamówieniu, potwierdzenie statusu kwalifikowanego pracownika ochrony fizycznej, podstawa dysponowania (umowa o pracę, umowa cywilna itd.)** |
| 1. |  |
| **Imię i Nazwisko**  |  |
| **Informacje o zamówieniu/ usłudze opisanej w ustalonych warunkach udziału w postępowaniu , cz. III SWZ 5.3) (nazwa wykonanego zamówienia, wartość zamówienia, nazwa zamawiającego, siedziba zamawiającego, termin wykonania, rola/udział w realizowanym zamówieniu, potwierdzenie statusu kwalifikowanego pracownika ochrony fizycznej,** **podstawa dysponowania (umowa o pracę, umowa cywilna itd.)**  |
| 1. |  |
| **Imię i Nazwisko**  |  |
| **Informacje o zamówieniu/ usłudze opisanej w ustalonych warunkach udziału w postępowaniu , cz. III SWZ 5.3) (nazwa wykonanego zamówienia, wartość zamówienia, nazwa zamawiającego, siedziba zamawiającego, termin wykonania, rola/udział w realizowanym zamówieniu, potwierdzenie statusu kwalifikowanego pracownika ochrony fizycznej, podstawa dysponowania (umowa o pracę, umowa cywilna itd.)** |
| 1. |  |

|  |
| --- |
| Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty |