Załącznik nr 6 – wykaz osób

dotyczy postępowania znak. ZP/2501/02/25 – Wykonanie robót budowlanych polegających na przebudowie i rozbudowie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.

#

Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko****Kierownika budowy** |  |
| **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 1.4.1 SWZ** |
| 1. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko****Kierownik robót****branży 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 1.4.2 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****Kierownika projektu/koordynatora** |  |
| **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. |  |

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