Załącznik nr 1b – formularz oceny jakościowej oferty

# dotyczy postępowania znak. ZP/2501/60/25 – Usługa nadzoru inwestorskiego nad robotami budowlanymi prowadzonymi w ramach realizacji zadania pn. Wykonanie robót budowlanych polegających na przebudowie i rozbudowie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie

**Doświadczenie zawodowe w dodatkowym zakresie**

|  |
| --- |
| Imię i Nazwisko oraz nr uprawneń inspektora nadzoru (**specjalność konstrukcyjno-budowlana**) (D1)…………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Informacje o doświadczeniu oraz zamówieniu/projekcie/usłudze (nazwa wykonanego zamówienia, nazwa zamawiającego, siedziba zamawiającego, termin wykonania, rola/udział w realizowanym projekcie:na potwierdzenie posiadania doświadczenia, o którym mowa w cz. XVII SWZ Opis kryteriów oceny ofert, wraz z podaniem wag tych kryteriów, i sposobu oceny ofert**\*** |
| 1. |  |
| 2. |  |

|  |
| --- |
| Imię i Nazwisko oraz nr uprawneń inspektora nadzoru (**specjalność elektryczna**) (D2)…………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| 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 posiadania doświadczenia, o którym mowa w cz. XVII SWZ. Opis kryteriów oceny ofert, wraz z podaniem wag tych kryteriów, i sposobu oceny ofert**\*** |
| 1. |  |
| 2. |  |

|  |
| --- |
| Imię i Nazwisko oraz nr uprawneń inspektora nadzoru (**specjalność sanitarna**) (D3)…………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| 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 posiadania doświadczenia, o którym mowa w cz. XVII SWZ. Opis kryteriów oceny ofert, wraz z podaniem wag tych kryteriów, i sposobu oceny ofert**\*** |
| 1. |  |
| 2. |  |

|  |
| --- |
| Imię i Nazwisko **kierownika/ koordynatora projektu/kontraktu** (D4)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Informacje o doświadczeniu: nazwa zamówienia/projektu/usługi (nazwa wykonanego zamówienia, nazwa zamawiającego, siedziba zamawiającego, termin wykonania, rola/udział w realizowanym projekcie:na potwierdzenie posiadania doświadczenia, o którym mowa w cz. XVII SWZ. Opis kryteriów oceny ofert, wraz z podaniem wag tych kryteriów, i sposobu oceny ofert**\*** |
| 1. |  |
| 2. |  |

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

**Uwaga:**

- Dokument nie podlega uzupełnieniu lub poprawie po upływie terminu składania ofert.

- Zamawiający wymaga, aby rola oraz udział osoby wskazanej w wykazie został potwierdzony w treści dokumentu potwierdzającego należyte wykonanie zamówienia (referencje, protokół odbioru itp.,)