Załącznik nr 1d – wykaz osób

# 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

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

|  |
| --- |
| 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. III pkt 5.3.1 SWZ  |
| 1. |  |
| 2. |  |

|  |
| --- |
| Imię i Nazwisko oraz nr uprawneń inspektora nadzoru (**specjalność sanitarna**) (D2)…………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| 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. III pkt 5.3.2 SWZ  |
| 1. |  |
| 2. |  |

|  |
| --- |
| Imię i Nazwisko oraz nr uprawneń inspektora nadzoru (**specjalność elektryczna**) (D3)…………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| 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. III pkt 5.3.3 SWZ |
| 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. III pkt 5.3.4 SWZ |
| 1. |  |
| 2. |  |

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