

Załącznik nr 1c – wykaz osób(podmiotowy środek dowodowy)

Dotyczy: postępowania pn. Opracowanie dokumentacji koncepcyjnej aranżacji wnętrz oraz wizualizacji pomieszczeń objętych planowaną przebudową Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i Oddziału Neonatologicznego wraz z Traktem Porodowym - znak ZP/2501/66/25

W celu potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowniu, o którym mowa w cz. III pkt. 5.3, w zakresie dysponowania co najmniej jedną osobą, która zostanie skierowana do realizacji zamówienia, która:

* posiada wykształcenie kierunkowe w zakresie architektury wnętrz, architektury, wzornictwa przemysłowego lub inne pokrewne wykształcenie techniczne lub artystyczne przydatne do wykonania przedmiotu zamówienia;
* posiada co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe w opracowywaniu koncepcji aranżacji wnętrz budynków użyteczności publicznej;
* wykonała:
  + co najmniej dwa opracowania koncepcyjne lub projektowe aranżacji wnętrz budynków użyteczności publicznej, oraz
  + co najmniej dwa opracowania obejmujące wizualizacje wnętrz użyteczności publicznej (np. fotorealistyczne rendery, modele 3D, plansze graficzne),
* oraz – dodatkowo – co najmniej jedno z ww. opracowań (aranżacja lub wizualizacja) zostało wykonane dla wnętrz w obiekcie ochrony zdrowia, takim jak szpital, przychodnia, dom opieki, hospicjum lub inna placówka medyczna lub opiekuńcza.

(warunek może być spełniony przez jedną osobę, posiadającą łączne doświadczenie w zakresie aranżacji i wizualizacji, lub przez dwie osoby – jedną odpowiedzialną za koncepcję funkcjonalno-estetyczną (aranżację), a drugą za wizualizację).

przedstawiamy stosowne informacje:

# **Wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia**

Zamawiający wymaga, aby Wykonawca wykazał osoby, które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia, wraz z informacjami dotyczącymi ich kwalifikacji zawodowych, wykształcenia i doświadczenia niezbędnych do wykonania zamówienia.

## A.1 Dane zgłoszonej osoby

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Funkcja pełniona przy realizacji zamówienia\* | Zakres powierzonych czynności | Podstawa dysponowania osobą (umowa o pracę / zlecenie / inna) |
|  | □ aranżacja wnętrz  □ wizualizacja wnętrz |  |  |

*\* Niepotrzebne skreślić lub usunąć. W przypadku pełnienia obu funkcji należy zaznaczyć obie opcje.*

## B.1 Informacje o kwalifikacjach i doświadczeniu

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres | Opis kwalifikacji / doświadczenia |
| Wykształcenie | (np. architektura wnętrz, wzornictwo przemysłowe, grafika itp.) |
| Doświadczenie w aranżacji wnętrz | Wykaz min. 2 opracowań koncepcyjnych wnętrz użyteczności publicznej, w tym jedno dla wnętrz w obiekcie ochrony zdrowia, takim jak szpital, przychodnia, dom opieki, hospicjum lub inna placówka medyczna lub opiekuńcza – wskazać: nazwę inwestora, rok, zakres opracowania |
| Doświadczenie w wizualizacji wnętrz | Wykaz min. 2 wykonanych wizualizacji wnętrz użyteczności publicznej, dla wnętrz w obiekcie ochrony zdrowia, takim jak szpital, przychodnia, dom opieki, hospicjum lub inna placówka medyczna lub opiekuńcza – wskazać: nazwę inwestora, rok, zakres opracowania |

## A.2Dane zgłoszonej osoby

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Funkcja pełniona przy realizacji zamówienia\* | Zakres powierzonych czynności | Podstawa dysponowania osobą (umowa o pracę / zlecenie / inna) |
|  | □ aranżacja wnętrz  □ wizualizacja wnętrz |  |  |

## *\*Niepotrzebne skreślić lub usunąć. W przypadku pełnienia obu funkcji należy zaznaczyć obie opcje.*

## B.2 Informacje o kwalifikacjach i doświadczeniu

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres | Opis kwalifikacji / doświadczenia |
| Wykształcenie | (np. architektura wnętrz, wzornictwo przemysłowe, grafika itp.) |
| Doświadczenie w aranżacji wnętrz | Wykaz min. 2 opracowań koncepcyjnych wnętrz użyteczności publicznej, dla wnętrz w obiekcie ochrony zdrowia, takim jak szpital, przychodnia, dom opieki, hospicjum lub inna placówka medyczna lub opiekuńcza – wskazać: nazwę inwestora, rok, zakres opracowania |
| Doświadczenie w wizualizacji wnętrz | Wykaz min. 2 wykonanych wizualizacji wnętrz użyteczności publicznej, dla wnętrz w obiekcie ochrony zdrowia, takim jak szpital, przychodnia, dom opieki, hospicjum lub inna placówka medyczna lub opiekuńcza – wskazać: nazwę inwestora, rok, zakres opracowania |

## C. Oświadczenie Wykonawcy

Oświadczamy, że wskazana/e osoba/-y będą uczestniczyć w realizacji zamówienia w zakresie zgodnym z przypisaną funkcją/funkcjami oraz że spełniają warunki określone w SWZ.

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