   

*Załącznik nr 7 do SIWZ*

...................................................................

(nazwa /firma i dokładny adres Wykonawcy)

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

Postępowanie pn. Remont pomieszczeń Centrum Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami. Oznaczenie sprawy: DP.2301.17.2020

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko**  **i imię** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Kwalifikacje zawodowe, wykształcenie, rodzaj i numer uprawnień budowlanych, doświadczenie** | **Wykaz inwestycji\*** | **Podstawa do dysponowania osobą (umowa o pracę/umowa zlecenie/inna forma)** |
| **1.** |  | **Kierownik budowy** |  | **1.**  **2.**  **3.** |  |

***\**** *min. 3 roboty budowlane o wartości nie mniejszej niż 100 000,00 zł każda na potwierdzenie spełnienia warunku, o którym mowa w rozdziale Vpkt.2 ppkt.3) lit.b)*

…………….……. *,* dnia ………….……. r.

………………………………………………………..

Pieczątka i podpis/y osoby/osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy