



**PROGRAM
REGIONALNY**
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



Załącznik nr 5 do siwz

.....
.....
Nazwa i dokładny adres
Wykonawcy/Wykonawców

GMINA STRAWCZYN

WYKAZ OSÓB

*które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia,
zgodnie z opisem w rozdz. VI pkt 2 lit. c) siwz*

Lp.	Imię i nazwisko osoby	Planowana funkcja przy realizacji zamówienia	Wykształcenie, kwalifikacje zawodowe, numer i zakres uprawnień	Informacja o podstawie do dysponowania daną osobą (wpisać wyrażenie „TAK” w odpowiedniej kolumnie)	
				Wykonawca dysponuje	Wykonawca będzie dysponował ^{*)}
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.					
2.					
3.					

^{*)} wpisanie wyrażenia „**TAK**” w kolumnie 6 oznacza, iż Wykonawca będzie polegał na zasobach (osobach zdolnych do wykonania zamówienia) innego podmiotu.

.....
Data

.....
podpis/y osoby/osób upoważnionej/ych do
reprezentowania Wykonawcy/ców

OŚWIADCZENIE

Jednocześnie oświadczam/y, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia **posiadają wymagane uprawnienia.**

.....
Data

.....
Podpis/y osoby/osób upoważnionej/ych do
reprezentowania Wykonawcy/ców