#### Załącznik Nr 7 do SWZ

**Do Zamawiającego:**

### Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocieńcu**

reprezentowany przez p. Ewę Giza – Dyrektora Szpitala

ul. Kańsko 1

78-520 Złocieniec

**Przedmiot zamówienia:**

**Modernizacja dźwigów osobowych**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

(Nazwa i adres wykonawcy)

**Wykaz osób,**

**które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

Oświadczam(y), że do realizacji niniejszego zamówienia będę (będziemy) dysponować następującymi osobami:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko/****Podstawa dysponowania osobą** | **Funkcja, rodzaj uprawnień, data wydania, organ** | **Informacje na temat kwalifikacji zawodowych, doświadczenia niezbędnych do wykonania zamówienia** |
|  |  | kierownik robót |  |
|  |  | kierownik robót elektrycznych |  |

Oświadczam(y), że osoba wyżej wskazana, która będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, posiada wymagane kwalifikacje oraz uprawnienia.