

Do Zamawiającego:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocińcu**
reprezentowany przez Ewę Giza – Dyrektor Szpitala
ul. Kańsko 1
78-520 Złocieniec

Przedmiot zamówienia:

**Termomodernizacja budynku
Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicznych
– etap I**

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 budowy	

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