Załącznik nr 4

…………………………………………………………

pełna nazwa/firma, adres Wykonawcy /

Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB,**  **SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO,**  **w celu oceny spełnienia warunku zdolności technicznej lub zawodowej** |

Składając ofertę w postępowaniu na **wykonanie Programu Funkcjonalno Użytkowego dla zadania inwestycyjnego pod nazwą: Przebudowa budynku Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu w lokalizacji przy ul. Żeromskiego 22 na potrzeby realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie stacjonarnej opieki psychiatrycznej w przestrzeni budynkowej w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu. Znak sprawy: PK/148/2024**, oświadczamy, że niżej wymienione osoby, skierowane do realizacji zamówienia posiadają wymagane wykształcenie i kwalifikacje zawodowe niezbędne do realizacji zamówienia.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe,  uprawnienia | Wykształcenie | Doświadczenie zawodowe | Zakres wykonywanych czynności w przedmiotowym postępowaniu |
|
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Ofertę podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e

do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia