Załącznik nr 5 do SWZ

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego   
pn. **Montaż windy osobowej dla osób z niepełnosprawnością w Urzędzie Gminy Tryńcza** prowadzonego przez Gminę Tryńcza, 37-204 Tryńcza 127*,* przedkładam wykaz osób potwierdzający spełnienie warunku udziału w postępowaniu określonego w pkt. VI.2.1.4.2. Specyfikacji Warunków Zamówienia.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Funkcja w realizacji zamówienia | Zakres i okres doświadczenia | Opis posiadanych kwalifikacji zawodowych  nr i specjalność uprawnień budowlanych | Informacja o podstawie do dysponowania osobą |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***…………………………………………. ………………………………………..***

*(miejscowość i data) podpis osoby/osób*

*upoważnionej/ych do występowania*

*w imieniu Wykonawcy*

***Oświadczenie należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***