Zał. nr 5 do SWZ

**WYKAZ OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

(Spełnienie warunku dysponowania zasobami osobowymi zdolnymi do wykonania zamówienia)

NAZWA WYKONAWCY

…………………………………………………………………………………………………..

ADRES

……………………………………………………………………………………………….......

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Zakres wykonywanych czynności | Podstawa dysponowania tymi osobami |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczamy, że wyżej wymienione osoby, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia o ile przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.

Podpisy osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy :

…………………………………………………………………………………………………

Bydgoszcz, dnia .........................................................