**PCZ-SPZPS/PN/O/XII/24**

Załącznik nr 5 do SWZ

**Wykaz osób na podstawie stosunku pracy biorących udział w realizacji zamówienia**

Wybór wykonawcy usługi ochrony osób i mienia budynków Powiatowego Centrum Zdrowia – Samodzielnego Publicznego Zespołu Przychodni Specjalistycznych we Włocławku wykonywana całodobowo przez siedem dni w tygodniu

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Nazwisko i imię** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Doświadczenie**  | **Wykształcenie** | **Wskazana osoba posiada uprawnienia w zakresie określonym w SWZ** | **Informacje o kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach (rodzaj i nr uprawnień)** | **Podstawa do dysponowania osobami\*** |
|  |  |  |  |  | Tak/Nie\* |  | Własne/oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  |  |  | Tak/Nie\* |  | Własne/oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  |  |  | Tak/Nie\* |  | Własne/oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  |  |  | Tak/ Nie\* |  | Własne/oddane do dyspozycji\* |

\* niepotrzebne skreślić

…………………………….., dnia …………….. 2024 r.

…………………….....……….........… Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji