**Załącznik nr 5 do SIWZ**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia**

**do przetargu nieograniczonego znak: EZP/220/70/2016**

Ja (My), niżej podpisany(-ni) ...............................................................................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :

...............................................................................................................................................................

(pełna nazwa wykonawcy)

............................................................................................................................................................... (adres siedziby wykonawcy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym pn:

***Świadczenie usług pralniczych wraz z dzierżawą bielizny szpitalnej, operacyjnej, odzieży ochronnej, transportem oraz kompleksowym serwisem w SPWSZ w Szczecinie***

Opis sposobu dokonania oceny spełnienia warunku dysponowania;

**Wykonawca spełni warunek jeżeli wykaże, że** dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia. Wykonawca powinien dysponować jedną (1) osobą posiadającą co najmniej 3 letnie doświadczenie w koordynacji zespołu pracowników wykonujących usługi pralnicze dla placówek ochrony zdrowia;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Pełniona funkcja** | **Informacje na temat doświadczenia** | **Informacja o podstawie dysponowania tymi osobami** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**UWAGA**: w tabeli należy podać wszystkie informacje, pozwalające stwierdzić czy Wykonawca spełnia warunki określone w SIWZ.

W przypadku korzystania Wykonawcy z zasobów innych podmiotów (niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków), Wykonawca zobowiązany jest udowodnić zamawiającemu, iż będzie dysponował doświadczeniem innych podmiotów, niezbędnym do realizacji zamówienia.

W tym celu należy do powyższego wykazu dołączyć:

1. **pisemne zobowiązanie podmiotów** do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia - załącznik nr 9 do SIWZ

Oświadczam, że osoba/y, wykazana/e w niniejszym załączniku, która/e będzie/będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia posiada/ją wymagane uprawnienia, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień tj. uprawnienia i kwalifikacje, o których mowa w punkcie 1 ppkt c) rozdziału V SIWZ (tj. jedną (1) osobą posiadającą co najmniej 3 letnie doświadczenie w koordynacji zespołu pracowników wykonujących usługi pralnicze dla placówek ochrony zdrowia.

.............................., dn. …………….. ………….……………………………………………………………………….

*(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy w przypadku oferty wspólnej - podpis każdego z wykonawców składających ofertę wspólną)*