*Załącznik nr 7*

*do Specyfikacji*

*Warunków Zamówienia*

*nr TP-40/24*

**WYKONAWCA:**

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

/nazwa (firma) i adres WYKONAWCY/

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**POTWIERDZENIE KRYTERIUM NR 3 I KRYTERIUM NR 4**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **imię i nazwisko**  **oraz zakres wykonywanych czynności** | **kwalifikacje zawodowe**  **uprawnienia** | **doświadczenie zawodowe**  (zgodnie z warunkami określonymi w SWZ) | **informacja  o podstawie do dysponowania osobą\*\*\*** |
| 1 | p. ………………………….  Projektant wiodący – projektant architektury | uprawnienia nr …………………………………  w specjalności …………………………………  w zakresie:  ……………………………………………………………………  data uzyskania uprawnień:  ………………………………… | *Wskazana osoba ma posiadać:*   * *uprawnienia budowlane do projektowania bez ograniczeń w specjalności architektonicznej lub odpowiednie kwalifikacje zawodowe uznane na zasadach określonych w przepisach odrębnych,* * *co najmniej 5-cio letnie (ciągłe) doświadczenie zawodowe w zakresie projektowania w branż architektonicznej,* * *doświadczenie w postaci pełnienia funkcji projektanta wiodącego przy opracowaniu co najmniej jednego Programu Funkcjonalno-Użytkowego inwestycji zrealizowanej w formule „zaprojektuj i wybuduj”, dotyczącej obiektu opieki zdrowotnej zawierającego pomieszczenia o różnych funkcjach, w tym m. in. Gabinety lekarskie i zabiegowe oraz pomieszczenia o podwyższonych wymogach techniczno-sanitarnych w zakresie czystości powietrza (np. sale produkcji leków, laboratoria) oraz pomieszczenia o podwyższonych wymogach techniczno-sanitarnych w zakresie osłon stałych i ruchomych przed promieniowaniem jonizującym (pracownie diagnostyczne RTG, MR lub TK).,* * doświadczenie w postaci opracowania co najmniej jednej dokumentacji projektowej w branży architektonicznej dla obiektu szpitalnego lub opieki zdrowotnej o powierzchni użytkowej budynku co najmniej 1000 m2 * *wpis do centralnego rejestru osób posiadających uprawnienia budowlane lub aktualny wpis na listę członków właściwej izby samorządu zawodowego potwierdzony zaświadczeniem*   Przedmiot prac projektowych (pełna nazwa zadania inwestycyjnego)  ……………………………………………………………………………………………………..….\*  Technologia wykonania obiektu: ………………………..  Powierzchnia użytkowa obiektu ………………………...\*  Nazwa inwestora: ……………………..……\*  Zakres wykonanych prac projektowych: ………………….………..\*  Termin odbioru końcowego dokumentacji: ……………………\*  Termin zakończenia budowy obiektu: ……………………………………….…..\* | dysponuję \*\*  lub  będę dysponował \*\*  na podstawie:  *…………………………………………*  *(należy wskazać rodzaj umowy lub*  *podać podstawę dysponowania)* |
| 2 | p. ………………………….  Projektant technologii medycznej |  | *Wskazana osoba ma* *posiadać:*   * *co najmniej 5-cio letnie (ciągłe) doświadczenie zawodowe w zakresie projektowania technologii medycznej* * *doświadczenie w postaci wykonania projektu technologii medycznej dla zrealizowanego obiektu szpitalnego lub opieki zdrowotnej o powierzchni użytkowej minimum 1000 m2 zawierającego pomieszczenia o różnych funkcjach, w tym m. in. pomieszczenia o podwyższonych wymogach techniczno-sanitarnych w zakresie czystości powietrza (np. sale produkcji leków, laboratoria) oraz pomieszczenia o podwyższonych wymogach techniczno-sanitarnych w zakresie osłon stałych i ruchomych przed promieniowaniem jonizującym (pracownie diagnostyczne RTG, MR lub TK),*   Przedmiot prac projektowych (pełna nazwa zadania inwestycyjnego)  ……………………………………………………………………………………………………..….\*  Powierzchnia użytkowa obiektu ………………………...\*  Nazwa inwestora: ……………………..……\*  Zakres wykonanych prac projektowych: ………………….………..\*  Termin odbioru końcowego dokumentacji: ……………………\*  Termin zakończenia budowy obiektu: ……………………………………….…..\* | dysponuję \*\*  lub  będę dysponował \*\*  na podstawie:  *…………………………………………*  *(należy wskazać rodzaj umowy lub*  *podać podstawę dysponowania)* |

(\*) należy wypełnić

(\*\*) niepotrzebne skreślić

(\*\*\*) (n*ależy wskazać na jakiej podstawie Wykonawca dysponuje lub będzie dysponował osobą, którą skieruje do realizacji zamówienia (np. pracownik Wykonawcy, zleceniobiorca na podstawie umowy cywilno-prawnej albo zdolności techniczne innego podmiotu zgodnie z art. 118 ustawy PZP.*

***Oświadczam, że osoby, które będą skierowane do realizacji zamówienia posiadają wymagane uprawnienia, jeżeli ustawa nakłada obowiązek posiadania takich uprawnień.***

*podpisy osób upoważnionych do składania  
 oświadczeń woli w imieniu WYKONAWCY*