***Załącznik nr 6 do SWZ***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr Sprawy:** | **ABM-ZP-4/2021** | |
| **Wykonawca(y)** *(Nazwa i adres)***:** | |  |

**WYKAZ OSÓB**

Oświadczamy, że osoby wskazane poniżej, które będą uczestniczyły w wykonywaniu przedmiotu zamówienia, posiadają odpowiednie kwalifikacje zawodowe, doświadczenie i wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja/Stanowisko przewidziane w realizacji przedmiotu zamówienia** | **Wykształcenie** | **Podstawa dysponowania[[1]](#footnote-1)** |
| 1 |  | Kierownik Zespołu |  |  |
| 2 |  | Członek Zespołu (1) |  |  |
| 3 |  | Członek Zespołu (2) |  |  |
| 4 |  | Członek Zespołu (3) |  |  |
| …. |  |  |  |  |

1. **Kierownik Zespołu**

Imię i nazwisko: .........................................

Opis doświadczenia – spełniającego wymogi opisane w pkt 10 pkt 10.4.4.2 SWZ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa badania, którego dotyczył raport** | **Zlecający**  *(firma, instytucja)* | **Opis doświadczenia**  *(w tym należy wskazać wykorzystane metody i techniki)* |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

1. **Członek Zespołu (1)**

Imię i nazwisko: .........................................

Opis doświadczenia – spełniającego wymogi opisane w pkt 10.4.4.2 SWZ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa badania, którego dotyczył raport** | **Zlecający**  *(firma, instytucja)* | **Opis doświadczenia**  *(w tym należy wskazać wykorzystane metody i techniki)* |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

1. **Członek Zespołu (2)**

Imię i nazwisko: .........................................

Opis doświadczenia – spełniającego wymogi opisane w pkt 10.4.4.2 SWZ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa badania, którego dotyczył raport** | **Zlecający**  *(firma, instytucja)* | **Opis doświadczenia**  *(w tym należy wskazać wykorzystane metody i techniki)* |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

1. **Członek Zespołu (3)**

Imię i nazwisko: .........................................

Opis doświadczenia – spełniającego wymogi opisane w pkt 10.4.4.2 SWZ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa badania, którego dotyczył raport** | **Zlecający**  *(firma, instytucja)* | **Opis doświadczenia**  *(w tym należy wskazać wykorzystane metody i techniki)* |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

***Należy pamiętać o opatrzeniu Wykazu kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym.***

1. Wykonawca zobowiązany jest podać na jakiej podstawie dysponuje osobami wymienionymi w wykazie – na przykład: stosunek pracy, zlecenia itp. Jeżeli w stosunku do różnych osób zachodzą różne podstawy dysponowania należy udzielić informacji z wyszczególnieniem podstaw właściwych dla poszczególnych osób. [↑](#footnote-ref-1)