

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie **negocjacji z ogłoszeniem** na usługę**: Opracowania kompletnej dokumentacji projektowej dla budowy, rozbudowy i modernizacji Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie**

**WYKAZ OSÓB**

(warunki udziału w postepowaniu)

w imieniu:

……………..…………………………………………………………………………………,

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

*pełna nazwa/firma Wykonawcy, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**wykaz osób**, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie **usług,** wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami - zgodnie z wymaganiami opisanymi w Rozdz. X pkt. 4.1 lit. a)-f)

W odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia mogą polegać na zdolnościach tych z Wykonawców, którzy wykonają **usługi**, do realizacji których te zdolności są wymagane.

Przedstawiam następujący wykaz osób, które uczestniczyć będą w wykonywaniu zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię  i nazwisko | Zakres wykonywanych czynności podczas realizacji zamówienia | Opis posiadanych uprawnień budowlanych wraz z podaniem liczby lat doświadcze-nia | Okres realizacji projektu (termin rozpoczęcia i termin zakończenia; dzień/miesiąc/rok) | Czy projektant sporządził projekt budowlany i wykonawczy  TAK/NIE | Przedmiot usługi  (ze szczególnym uwzględnieniem informacji czy dotyczyła ona obiektu szpitalnego wraz z zagospodarowaniem terenu i infrastrukturą zewnętrzną | Powierzchnia użytkowa obiektu | Liczba łóżek szpital-nych | Liczba sal operacyj-nych | Oddział intensywnej opieki medycznej oraz apteka szpitalna  TAK/NIE | Pomieszcze-nia diagnostycz-ne:  Endoskopia, CT, MRI Rentgen  TAK/NIE, wymienić jakie | Informacja  o podstawie dysponowania  tymi osobami |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | *5.* | *6.* | *7.* | *8.* | *9.* | *10.* | *11.* | *12.* | *13.* |
|  |  | **projektant branży architektonicznej** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **projektant branży instalacyjnej (sanitarnej)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **projektant branży instalacyjnej (elektrycznej)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Imię  i nazwisko | Zakres wykonywanych czynności podczas realizacji zamówienia | Liczba lat doświadczenia | Okres realizacji projektu (termin rozpoczęcia i termin zakończenia; dzień/miesiąc/rok) | Przedmiot usługi  (ze szczególnym uwzględnieniem informacji czy dotyczyła ona obiektu szpitalnego | | Powierzchnia użytkowa obiektu | Liczba łóżek szpital-nych | Liczba sal operacyj-nych | Oddział intensywnej opieki medycznej oraz apteka szpitalna  TAK/NIE | Pomieszcze-nia diagnostycz-ne:  Endoskopia, CT, MRI Rentgen  TAK/NIE, wymienić jakie | Informacja  o podstawie dysponowania  tymi osobami |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | *5.* | *6.* | | *7.* | *8.* | *9.* | *10.* | *11.* | *12.* |
|  |  | **technolog medyczny** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Imię  i nazwisko | Zakres wykonywanych czynności podczas realizacji zamówienia | Opis posiadanych uprawnień budowlanych wraz z podaniem liczby lat doświadcze-nia | Okres realizacji projektu (termin rozpoczęcia i termin zakończenia; dzień/miesiąc/rok) | Przedmiot usługi | | | Powierzchnia użytkowa obiektu | Czy projek-tant sporządził projekt budowla-ny i wyko-nawczy  TAK/NIE | Liczba kondygnacji podziemych | Liczba kondygnacji nadziemnych | Informacja  o podstawie dysponowania  tymi osobami |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | *5.* | *6.* | | | *7.* | *8.* | *9.* | *10.* | *11.* |
|  |  | **projektant branży konstruk-cyjnej** |  |  |  | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |  |
| Lp. | Imię  i nazwisko | Zakres wykonywanych czynności podczas realizacji zamówienia | Opis posiadanych uprawnień budowlanych wraz z podaniem liczby lat doświadcze-nia | Okres realizacji projektu (termin rozpoczęcia i termin zakończenia; dzień/miesiąc/rok) | Przedmiot usługi | | | Kategoria drogi, która była przedmiotem opracowania | | | | Informacja  o podstawie dysponowania  tymi osobami |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | | | 7. | | | | 8. |
|  |  | **projektant branży drogowej** |  |  |  | | |  | | | |  |
|  |  |  | | |  | | | |  |

Informacja dla Wykonawcy:

1. **Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie pdf**
2. **Wykaz winien być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**