**ZAŁĄCZNIK NR 7 DO FORMULARZA OFERTY**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego** **dot.** **zapewnienia stałej ochrony osób i mienia w obiektach Centralnego Szpitala Klinicznego (postępowanie nr DZP.262.21.2019)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Imię i Nazwisko | Planowana funkcja przy realizacji zamówienia, nr posterunku | Informacja o podstawie dysponowania Osobami (umowa o pracę) | Kwalifikowany pracownik ochrony | Niekwalifkowany pracownik ochrony |
| 1. |  |  | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |
| 2. |  |  | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |
| 3. |  |  | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |
| 4. |  |  | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |
| 5. |  |  | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |
| 6. |  |  | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |
| 7. |  |  | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |
| 8. |  |  | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |
| 9. |  |  | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |
| 10. |  |  | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |
| 11. |  |  | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |

Uwaga: Wykonawca jest zobowiązany wypełnić wszystkie rubryki, podając kompletne informacje z których wynikać będzie spełnienie warunków o których mowa Rozdziale V ust. 2 pkt. 2.4 ogłoszenia.

……………………………………., dn. …………………2019 …………………………………...........................  
 (podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych