|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr sprawy:** **01/10/2023/ZO** |  |  |  |  | Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………..Nazwa i adres Wykonawcy(pieczątka) |  |

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ
DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

Nazwa Wykonawcy: …...................................................................................................

………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………..

Adres Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………..

NIP: ……………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

REGON: ………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Tel/Fax: ………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

Adres e-mail: ………………………………………...........................................................

…………………………………………………………………………………………………..

Nawiązując do ogłoszenia nr **01/10/2023/ZO** dotyczącego postępowania na wykonanie zadania pn.:

**Pełnienie funkcji Inspektorów Nadzoru w ramach zadania „Przebudowa kotłowni Rejonowej „Pod Grapą” dla potrzeb wysokosprawnej kogeneracji i nowych jednostek wytwórczych zasilanych gazem”**

***-*** oświadczamy, że zamówienie wykonywać będą następujące osoby:

| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Nr. Uprawień i specjalność** | **Doświadczenie**  | **Podstawa dysponowania wskazanymi osobami** | **Data i miejsce zawarcia umowy OC oraz suma ubezpieczenia** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

*Wykonawca, który polega na zdolnościach innych podmiotów musi udowodnić Zamawiającemu, że realizując zamówienie będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów w szczególności przedstawiając zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji.*

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………….. miejscowość i data | ...................................................podpis |