***Załącznik Nr 4 do SWZ***

Zamawiający: **Gmina Stawiski**

 **Plac Wolności 13/15**

 **18-520 Stawiski**

**Wykonawca:**

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

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

reprezentowany przez:

………………………………………

………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

………………………………………

*(adres skrzynki ePUAP)*

**Wykaz osób**

**skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego,
odpowiedzialnych za kierowanie robotami budowlanymi w prowadzonym postępowaniu pn. *„Utworzenie Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Sokołach”,*** *nr postępowania:*SGiT.271.4.2022

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Stanowisko | Imię i nazwisko | Opis posiadanych uprawnień (podać nr), kwalifikacji, doświadczenia i wykształcenia | Informacja o podstawie dysponowania |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam, że osoby wymienione w wykazie posiadają wymagane prawem uprawnienia niezbędne do wykonania zadania.

Uwaga: W przypadku osób, niebędących w dyspozycji Wykonawcy, należy załączyć pisemne zobowiązanie innego podmiotu do udostępnienia osób, które będą wykonywać zamówienie lub inny dokument wykazujący i potwierdzający, że Wykonawca jest uprawniony do dysponowania tymi osobami przez okres trwania zamówienia.

…………….…….………….…….

*(miejscowość, data)*

 ………………………………………

 *(podpis)*