

**WYKAZ OSÓB KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA
WRAZ Z INFORMACJAMI O ICH KWALIFIKACJACH ZAWODOWYCH,
DOŚWIADCZENIU I WYKSZTAŁCENIU ORAZ ZAKRES WYKONYWANYCH PRZEZ
NICH CZYNNOŚCI**

L.p	Imię i nazwisko	Posiadane kwalifikacje wykształcenie i doświadczenie (min 2 lata stażu w usługach ochroniarskich)	Zakres wykonywanych przez nich czynności	Podstawa do dysponowania tymi osobami

Oświadczam, że osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony, zgodnie z opisem warunku w siwz.

Podpis osoby upoważnionej
i pieczętka imienna