

**ZAŁĄCZNIK Nr 3 do SIWZ**  
Załącznik nr 3 do umowy

(pieczęć firmy)

Nazwa .....

.....

adres.....

numer telefonu/faxu .....

REGON.....

NIP .....

Osoba do kontaktu, telefon .....

**WYKAZ OSÓB**

Ja/my ..... działając w imieniu reprezentowanej przeze mnie/przez nas firmy ..... oświadczam/y, że w realizacji zamówienia publicznego będą uczestniczyć niżej wymienione osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Pracownik kwalifikowany /przeszkolony	Okres praktyki zawodowej	Przewidywany zakres czynności	Dysponowanie pracownikami prze z Wykonawcę
<b>Nadzór</b>					
1.					dysponuję/będę dysponował
2.					dysponuję/będę dysponował
<b>Pracownicy ochrony</b>					
1.					dysponuję/będę dysponował
2.					dysponuję/będę dysponował
3.					dysponuję/będę dysponował
4.					dysponuję/będę dysponował
5.					dysponuję/będę dysponował

Szpital Psychiatryczny  
SP ZOZ w Węgorzewie  
11-600 Węgorzewo  
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66  
F: 87 427 27 85  
E: [kancelaria@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl](mailto:kancelaria@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl)  
W: [www.szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl](http://www.szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl)

ZOLP Rudziszki 87 437 80 13  
WOTUW Giżycko 87 428 40 30  
PZP Giżycko 87 429 13 98  
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu  
Zarządzania Jakością  
ISO 9001:2015  
Nr. 200623/A/0001/UK/Pe

6.					dysponuję/będę dysponował
7.					dysponuję/będę dysponował
8.					dysponuję/będę dysponował

Niniejszym wyrażam zgodę na sprawdzenie przez Zamawiającego danych podanych powyżej.

*Uwaga: z doświadczenia lat ubiegłych Zamawiającego wynika, że do właściwego wykonywania usług przez pracowników portierni oraz usług ochrony osób i mienia niezbędnych jest pięciu pracowników. Taka ilość pracowników zapewnia ciągłość ochrony w przypadkach losowych takich jak choroba, urlop, itp.*

....., .....

miejsowość                      data    podpis i pieczęćka uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i) Wykonawcy\*

\*w przypadku Wykonawców występujących wspólnie podpisuje Pełnomocnik lub wszyscy Wykonawcy