|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dom Kultury „KADR” | info@dkkadr.waw.pl | ul. Rzymowskiego 32 |
| w Dzielnicy Mokotów | +48 22 843 88 81 | 02–697 Warszawa |
| m. st. Warszawy | www.dkkadr.waw.pl | NIP: 521-14-42-401 |

Załącznik nr 12 do SWZ

sygnatura postępowania **PZP/4/2022**

**WYKAZ OSÓB**

do postępowania na świadczenie usługi polegającej na ochronie fizycznej gmachu Domu Kultury „KADR” w Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy przy ul. W. Rzymowskiego 32 w Warszawie

**Zamawiający:**

Dom Kultury „KADR” w Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy

ul. W. Rzymowskiego 32

02-697 Warszawa

**Wykonawca:**

..................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................

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

reprezentowany przez:

..................................................................................................................................................................................

1. W nawiązaniu do Specyfikacji warunków zamówienia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego pod sygnaturą PZP/4/2022 w imieniu Wykonawcy składamy następujący Wykaz osób na potwierdzenie spełnienia wymagań, o których mowa w Rozdziale VII ust. 1 pkt. 3 warunek 3 lit. c SWZ:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **zaświadczenie o wpisie na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej****(posiada / nie posiada)** | **przeszkolenie w zakresie obsługi monitoringu wizyjnego, w zakresie obsługi systemów pożarowych oraz w zakresie obsługi komputera, w tym poczty elektronicznej****(posiada / nie posiada)** | **6 - miesięczne doświadczenie w obsłudze urządzenia do rentgenowskiej kontroli bagażu, brak przeciwwskazań do obsługi tego urządzenia oraz ważne badania lekarskie dopuszczające do pracy przy takich urządzeniach****(posiada / nie posiada)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |

1. Dowody potwierdzające spełnianie przez pracowników Wykonawcy wymagań, o których mowa w Rozdziale VII ust. 1 pkt. 3 warunek 3 lit. c SWZ:
2. .......................................................................................................................................................................;
3. ........................................................................................................................................................................;
4. ........................................................................................................................................................................,

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

|  |  |
| --- | --- |
| *pieczęć Wykonawcy* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*dn.* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *miejscowość***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *podpis/y osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy* |

**Uwaga:**

*Dokument Wykaz osób składany jest oryginale.*

*Tabelę dokumentu Wykaz osób należy rozbudować według potrzeb.*