**Załącznik nr 5 do SWZ**

Numer postępowania: ZP/TP/3/2023/WCRS

Dane Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość, data: \_\_\_\_\_\_\_\_

**Wykaz osób**

Na potwierdzenie warunku sformułowanego w pkt. V.1.4.2) SWZ, tj. dysponowania następującymi osobami zdolnymi do wykonania zamówienia:

a) szefem ochrony - minimum jedną osobą, posiadającą aktualny wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej wg przepisów ustawy oom oraz legitymującą się przynajmniej rocznym doświadczeniem zawodowym po uzyskaniu ww. wpisu,

b) a ponadto, co najmniej 4 osobami, które w trakcie realizacji zamówienia, będą pełnić funkcję pracowników ochrony fizycznej, w rozumieniu przepisów art. 31 ustawy oom, co do których nie jest wymagany wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Funkcja | Imię i nazwisko | Informacja o wpisie na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej - dane wpisu | Doświadczenie szefa ochrony | Podstawa dysponowania |
| Szef ochrony |  |  |  |  |
| Pracownik ochrony |  |  |  |  |
| Pracownik ochrony |  |  |  |  |
| Pracownik ochrony |  |  |  |  |
| Pracownik ochrony |  |  |  |  |

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym. Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF