**Załącznik nr 6 do SIWZ**

**ZAMAWIAJĄCY:**

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. Z O.O.

Ul. Ceynowy 7, 83-300 Kartuzy

**Postępowanie nr *AZP.350.13.2020***

Nazwa postępowania: **Roboty budowlane w zakresie przebudowy części parteru budynku głównego Szpitala na potrzeby Centralnej Sterylizatorni w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach wraz z wykonaniem instalacji wewnętrznych**

**WYKONAWCA:**

Nazwa: ......................................................................................................................

Siedziba: ...................................................................................................................

**WYKAZ ROBÓT BUDOWLANYCH**

Wykaz wykonanych zgodnie z zasadami sztuki budowlanej i prawidłowo ukończonych w ciągu ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, co najmniej 1 roboty budowlanej, polegającej na remoncie lub przebudowie pomieszczeń w podmiocie leczniczym, o wartości co najmniej **1.500.000,00** złotych brutto.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Odbiorca i miejsce wykonania roboty** **Nazwa i adres (miasto, ulica nr)** | **Przedmiot wykonanej roboty (umowy)** | **Wartość zł. brutto roboty (PLN)** | **Data wykonania****(od RR/MM/DD do** **RR/MM/DD)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Do wykazu dołączamy dokumenty potwierdzające, że **ww. roboty budowlane** zostały wykonane należycie.

***W przypadku gdy złożone dokumenty (poświadczenia/referencje) zawierają zakres i opis wykonanego zadania, datę wykonania i wartość – dane z tych dokumentów nie mogą być rozbieżne/sprzeczne z niniejszym oświadczeniem wykonawcy zawartym w powyższym WYKAZIE.***

**Data i podpis osoby upoważnionej
do podpisania niniejszej oferty**

**………………………………**

 **Załącznik nr 7 do SIWZ**

**ZAMAWIAJĄCY:**

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. Z O.O.

Ul. Ceynowy 7, 83-300 Kartuzy

**Postępowanie nr *AZP.350.13.2020***

Nazwa postępowania: **Roboty budowlane w zakresie przebudowy części parteru budynku głównego Szpitala na potrzeby Centralnej Sterylizatorni w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach wraz z wykonaniem instalacji wewnętrznych**

**WYKONAWCA:**

Nazwa: ......................................................................................................................

Siedziba: ...................................................................................................................

**Wykaz osób**

Wykaz osób, skierowanych do realizacji zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za kierowanie robotami budowlanymi wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych dla wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz informację o podstawie do dysponowania tymi osobami

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i Nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe (rodzaj i nr uprawnień)** | **Wykształcenie, doświadczenie zawodowe** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Podstawa dysponowania** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

*\* wpisać np. umowa o pracę, umowa zlecenie, zobowiązanie do podjęcia się obowiązków (należy dołączyć pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia wskazanych osób) itp.*

**Data i podpis osoby upoważnionej do podpisania niniejszej oferty**

**………………………………**