**WYKAZ OSÓB**

w związku z Konkursem na:

**OPRACOWANIE KONCEPCJI URBANISTYCZNO-ARCHITEKTONICZNEJ**

**BUDOWY BUDYNKU KLINICZNO-DYDAKTYCZNO-BADAWCZEGO POMORSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W SZCZECINIE WRAZ Z INFRASTRUKTURĄ TECHNICZNĄ I ZAGOSPODAROWANIEM TERENU PRZY UL. UNII LUBELSKIEJ W SZCZECINIE**

spełniając wymagania zawarte w Rozdziale II Tytuł II pkt 2 ppkt 2) lit. b) Regulaminu Konkursu, niniejszym działając w imieniu i na rzecz Uczestnika:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nazwa uczestnika lub uczestników działających wspólnie, adresy i dane)

Oświadczamy, że:

**1) dysponujemy/będziemy dysponować\* osobą wyznaczoną do pełnienia funkcji projektanta w rozumieniu przepisów ustawy Prawo budowlane,** legitymującą się następującymi kwalifikacjami zawodowymi i doświadczeniem:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Rodzaj i zakres posiadanych uprawnień** | **Data uzyskania uprawnień** **(data uzyskania ostatecznej lub prawomocnej decyzji o wpisie do centralnego rejestru osób posiadających uprawnienia budowlane)** |
|  |  |  |

Wykaz usług zrealizowanych przez osobę wyznaczoną do pełnienia funkcji projektanta w rozumieniu przepisów ustawy Prawo budowlane:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot na rzecz którego zamówienie było wykonywane** | **Przedmiot zamówienia** **w tym:****- nazwa zadania,****- zakres usług wykonywanych przez wskazaną osobę (funkcja)** | **Usługa dotyczyła budynku/zespołu budynków o ilości kondygnacji większej niż dwie:** | **Usługa dotyczyła budynku/zespołu budynków użyteczności publicznej** | **Usługa dotyczyła budynku/zespołu budynków, w których zlokalizowane są pomieszczenia laboratorium chemiczno-biologiczno-medycznego** | **Powierzchnia całkowita budynku lub zespołu budynków, którego dotyczyła usługa (m2)** | **Powierzchnia użytkowa pomieszczeń laboratorium chemiczno-medycznego zlokalizowanych w budynku lub zespole budynków, których dotyczy usługa (m2)** |
|  |  |  | Tak/Nie\* | Tak/Nie\* | Tak/Nie\* |  |  |

\* Niepotrzebne skreślić

2) dysponujemy/będziemy dysponować\* **osobą przewidzianą do pełnienia funkcji Koordynatora Zespołu Projektantów,** zgodnie z Istotnymi postanowieniami umowy stanowiącymi **załącznik nr 9** do Regulaminu, legitymującą się następującymi kwalifikacjami i doświadczeniem:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Rodzaj i zakres posiadanych uprawnień** | **Data uzyskania uprawnień** **(data uzyskania ostatecznej lub prawomocnej decyzji o wpisie do centralnego rejestru osób posiadających uprawnienia budowlane wraz z informacjami o ewentualnych przerwach w wykonywaniu zawodu)** | **Biegła znajomość języka polskiego** |
|  |  |  | Tak/Nie\* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Miejscowość, data podpis