

Oznaczenie sprawy: ZA.271.56.2019

---

 nazwa (firma) wykonawcy
 

---



---

 adres wykonawcy
 

---

**WYKAZ OSÓB**

dotyczy postępowania:

**Budowa budynku Szpitala Miejskiego - dokumentacja projektowa**

Wykaz osób wymagany jest w celu potwierdzenia warunku określonego w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Lp.	Imię i nazwisko	Opis posiadanych uprawnień, kwalifikacji zawodowych, uprawnień i doświadczenia	Zakres wykonywanych czynności w zamówieniu	Dostępność (należy wpisać podstawę do dysponowania osobą np. pracownik firmy, pracownik podwykonawcy)
1.		-kierował (a) zakończonym zadaniem projektowym obiektu kubaturowego w pełnym okresie procesu projektowego tzn. od zawarcia umowy z Inwestorem do uzyskania prawomocnej decyzji zezwalającej na prowadzenie robót budowlanych: tak*/nie* (*niepotrzebne skreślić),  nazwa zadania projektowego: ..... .....  podmiot, na rzecz którego zadanie projektowe zostało wykonane: ..... .....  data rozpoczęcia i zakończenia zadania projektowego: ..... .....	Kierownik Projektu	

		koszt prac projektowych: .....		
2.		<p>posiada uprawnienia budowlane do: .....</p> <p>w specjalności: .....</p> <p>uprawnienia z ograniczeniami*/ bez ograniczeń*</p> <p>(*niepotrzebne skreślić),</p> <p>data i nr uprawnień: .....</p> <p>- posiada doświadczenie zawodowe w zakresie zaprojektowania budowy lub przebudowy następujących obiektów szpitalnych:</p> <p>1. nazwa zadania projektowego: ..... .....</p> <p>podmiot na rzecz którego zadanie projektowe zostało wykonane: ..... .....</p> <p>2. nazwa zadania projektowego: ..... .....</p> <p>podmiot na rzecz którego zadanie projektowe zostało wykonane: ..... .....</p>	Projektant  (branża architektoniczna)	
3.		posiada uprawnienia budowlane do:	Projektant  (branża drogowa)	

		<p>.....</p> <p>w specjalności:</p> <p>.....</p> <p>uprawnienia z ograniczeniami*/ bez ograniczeń*</p> <p>(*niepotrzebne skreślić),</p> <p>data i nr uprawnień:</p> <p>.....</p> <p>- posiada (wpisać ilość) ..... - letnie doświadczenie zawodowe w pełnieniu samodzielnej funkcji technicznej Projektanta w zakresie posiadanych uprawnień licząc od daty ich uzyskania</p>		
4.		<p>posiada uprawnienia budowlane do:</p> <p>.....</p> <p>w specjalności:</p> <p>.....</p> <p>w zakresie:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>uprawnienia z ograniczeniami*/ bez ograniczeń* (*niepotrzebne skreślić),</p> <p>data i nr uprawnień:</p> <p>.....</p> <p>- posiada doświadczenie zawodowe w zaprojektowaniu budowy lub przebudowy systemu trigeneracji w zakresie następującego obiektu szpitalnego:</p> <p>1. nazwa zadania projektowego:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>podmiot, na rzecz którego zadanie projektowe zostało</p>	Projektant (branża sanitarna)	

		wykonane: ..... .....		
5.		<p>posiada uprawnienia budowlane do: .....</p> <p>w specjalności: .....</p> <p>w zakresie: ..... .....</p> <p>uprawnienia z ograniczeniami*/ bez ograniczeń*</p> <p>(*niepotrzebne skreślić),</p> <p>data i nr uprawnień: .....</p> <p>- posiada (wpisać ilość) ..... - letnie doświadczenie zawodowe w pełnieniu samodzielnej funkcji technicznej Projektanta w zakresie posiadanych uprawnień licząc od daty ich uzyskania</p> <p>- posiada doświadczenie zawodowe w zakresie zaprojektowania budowy lub przebudowy następujących obiektów szpitalnych:</p> <p>1. nazwa zadania projektowego: ..... .....</p> <p>podmiot na rzecz którego zadanie projektowe zostało wykonane: ..... .....</p>	Projektant (branża sanitarna)	

zadanie obejmowało budowę lub przebudowę instalacji gazów medycznych\*/zadanie nie obejmowało budowy lub przebudowy instalacji gazów medycznych\*

(\*niepotrzebne skreślić)

2. nazwa zadania projektowego:

.....  
.....

podmiot na rzecz którego zadanie projektowe zostało wykonane:

.....  
.....

zadanie obejmowało budowę lub przebudowę instalacji gazów medycznych\*/zadanie nie obejmowało budowy lub przebudowy instalacji gazów medycznych\*

(\*niepotrzebne skreślić)

6.

posiada uprawnienia budowlane do:

.....

w specjalności:

.....

w zakresie:

.....  
.....

uprawnienia z ograniczeniami\*/ bez ograniczeń\* (niepotrzebne skreślić),

data i nr uprawnień:

.....

- posiada (wpisać ilość) ..... - letnie doświadczenie zawodowe w pełnieniu samodzielnej funkcji technicznej Projektanta w zakresie posiadanych uprawnień licząc od daty ich

Projektant  
(branża elektryczna)

		<p>uzyskania</p> <p>- posiada doświadczenie zawodowe w zakresie zaprojektowania budowy lub przebudowy następujących obiektów szpitalnych:</p> <p>1. nazwa zadania projektowego:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>podmiot na rzecz którego zadanie projektowe zostało wykonane:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>2. nazwa zadania projektowego:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>podmiot na rzecz którego zadanie projektowe zostało wykonane:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
7.		<p>posiada uprawnienia budowlane do:</p> <p>.....</p> <p>w specjalności:</p> <p>.....</p> <p>w zakresie:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>uprawnienia z ograniczeniami*/ bez ograniczeń* (niepotrzebne skreślić),</p> <p>data i nr uprawnień:</p> <p>.....</p>	Projektant  (branża telekomunikacyjna)	

		- posiada (wpisać ilość) ..... - letnie doświadczenie zawodowe w pełnieniu samodzielnej funkcji technicznej Projektanta w zakresie posiadanych uprawnień licząc od daty ich uzyskania	
8.		<p>posiada uprawnienia budowlane do: .....</p> <p>w specjalności: .....</p> <p>uprawnienia z ograniczeniami*/ bez ograniczeń* (niepotrzebne skreślić),</p> <p>data i nr uprawnień: .....</p> <p>- posiada doświadczenie zawodowe w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu s k ł a d a n i a o f e r t w zaprojektowaniu budowy lub przebudowy lądowisk dla helikopterów dla obiektów szpitalnych i jednocześnie była c z ł o n k i e m z e s p o ł u projektującego tych lądowisk:</p> <p>1. nazwa zadania projektowego: ..... .....</p> <p>data wykonania: .....</p> <p>podmiot na rzecz którego zadanie projektowe zostało wykonane: ..... .....,</p> <p>2. nazwa zadania projektowego: ..... .....</p> <p>data wykonania:</p>	<p>Projektant (branża budowlana)</p>

		<p>.....</p> <p>podmiot na rzecz którego zadanie projektowe zostało wykonane:</p> <p>.....</p> <p>.....,</p>		
9.		<p>posiada uprawnienia budowlane do:</p> <p>.....</p> <p>w specjalności:</p> <p>.....</p> <p>uprawnienia z ograniczeniami*/ bez ograniczeń* (niepotrzebne skreślić),</p> <p>data i nr uprawnień:</p> <p>.....</p> <p>- posiada co najmniej 10-letnie doświadczenie zawodowe w zakresie projektowania budowy lub przebudowy następujących budynków:</p> <p>1. nazwa zadania projektowego:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>data wykonania:</p> <p>.....</p> <p>podmiot na rzecz którego zadanie projektowe zostało wykonane:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>kubatura:</p> <p>.....m3,</p> <p>2. nazwa zadania projektowego:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Projektant (branża budowlana)	



		<p>data wykonania:</p> <p>.....</p> <p>podmiot na rzecz którego zadanie projektowe zostało wykonane:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>kubatura:</p> <p>.....m3,</p>		
10.		<p>posiada doświadczenie zawodowe w w zaprojektowaniu budowy lub przebudowy następujących obiektów szpitalnych:</p> <p>1. nazwa zadania projektowego:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>podmiot na rzecz którego zadanie projektowe zostało wykonane:</p> <p>.....</p> <p>.....,</p> <p>2. nazwa zadania projektowego:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>podmiot na rzecz którego zadanie projektowe zostało wykonane:</p> <p>.....</p> <p>.....,</p>	Technolog medyczny	
11.		<p>posiada (wpisać ilość) ..... lat/lata doświadczenia zawodowego przy sporządzaniu dokumentacji kosztorysowej</p>	Kosztorysant	
<p>UWAGA: Za "<b>obiekt szpitalny</b>" rozumie się pojedynczy budynek stanowiący placówkę szpitalną lub zespół budynków składający się na placówkę szpitalną, określony symbolem PKOB nr 1264 "Budynki szpitali i zakładów opieki medycznej" (zgodnie z Polską Klasyfikacją Obiektów Budowlanych wprowadzoną rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 1999 r. (Dz. U. Nr 112, poz. 1316 z późn. zm.), zaliczający się do jednej z trzech niżej wymienionych kategorii:</p>				

- budynki instytucji świadczących usługi medyczne i chirurgiczne oraz pielęgnacyjne dla ludzi,
- szpitale więzienne i wojskowe,
- szpitale kliniczne.

\_\_\_\_\_

data i miejscowość

\_\_\_\_\_

imię i nazwisko

\_\_\_\_\_

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej