**Załącznik nr 3**

**Wzór wykazu osób**

(Znak postępowania: **PIOŚ.271.1.22.2021.MP**)

**Gmina Drawno**

zwana dalej „Organizatorem”,

ul. Kościelna 3, 73-220 Drawno

NIP: 5941536451, REGON: 210967001

Numer telefonu: 95 768 20 31

Adresy poczty elektronicznej: poczta@drawno.pl

Strona internetowa Organizatora [URL]: www.drawno.pl

Strona internetowa prowadzonego postępowania, na której udostępniane będą dokumenty zamówienia: https://bip.drawno.pl/

**OPERATOR:**

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

 *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego którego przedmiotem jest: ***„Świadczenie usług w zakresie publicznego transportu zbiorowego (przewozów o charakterze użyteczności publicznej) na terenie Gminy Drawno oraz Gminy Choszczno w 2022r.”,*** prowadzonego przez **Gminę Drawno, przedkładam :**

**WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCH PRZEZ OPERATORA
zgodnie z warunkiem określonym w Rozdziale III pkt 3)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **KWALIFIKACJE ZAWODOWE** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Doświadczenie**  | **Podstawa dysponowania** **osobą**  |
| Specjalność i zakres uprawnień budowlanych/ rodzaj świadectwa kwalifikacyjnego  | Nr uprawnienia |
|  |  | Prawo jazdy kategorii: …………..................................................badanie lekarskie ważne do ……................................................... |  |  |  |  |
|  |  | Prawo jazdy kategorii: …………...................................................badanie lekarskie ważne do ……................................................... |  |  |  |  |
|  |  | Prawo jazdy kategorii: …………..................................................badanie lekarskie ważne do ……................................................... |  |  |  |  |
|  |  | Prawo jazdy kategorii: …………..................................................badanie lekarskie ważne do …….................................................. |  |  |  |  |

**Uwaga:**

W przypadku, gdy wskazana osoba jest Operatorem lub związana jest z Operatorem stosunkiem prawnym (np. umowa cywilnoprawna lub umowa o pracę) **w kolumnie 7** należy wpisać **„*zasób własny*”**.

W przypadku, gdy wskazana osoba jest udostępniona Operatorowi przez inny podmiot będący jej pracodawcą (np. na podstawie przepisów o przeniesieniu lub oddelegowaniu pracownika) **w kolumnie 7** należy wpisać ***„zasób udostępniony”*.**

*………………………………………………..*

*podpis*