**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Wzór wykazu osób**

(Znak postępowania: **PIOŚ.271.9.2024.MP**)

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Gmina Drawno**

zwana dalej „Zamawiającym”,

ul. Kościelna 3, 73-220 Drawno

NIP: 5941536451, REGON: 210967001

Numer telefonu: 95 768 20 31

Adresy poczty elektronicznej: poczta@drawno.pl

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

Strona internetowa prowadzonego postępowania, na której udostępniane będą zmiany i wyjaśnienia treści SWZ oraz inne dokumenty zamówienia bezpośrednio związane z postępowaniem o udzielenie zamówienia [URL]:

<https://ezamowienia.gov.pl/pl/>

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

*(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: ***,,Codzienny dowóz dzieci do szkół na terenie gminy Drawno oraz do Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego w Suliszewie w okresie od 02 września 2024r. do 27 czerwca 2025r.”*** prowadzonego przez **Gminę Drawno, przedkładam :**

**WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ   
zgodnie z warunkiem określonym w pkt 6.1.4, ppkt. 2) SWZ**

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

**Uwaga:**

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

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

*Potwierdzenie posiadanych przez podane w wykazie osoby kwalifikacji wybrany Wykonawca będzie zobowiązany dostarczyć Zamawiającemu przed podpisaniem umowy.*