**Załącznik nr 4.2. do SWZ**

sprawa nr 6/2022/NZP

**WYKAZ – PERSONEL WYKONAWCY**

**Wykonawca:**

…………………………………………….………………………………

…………………………………………………………………………….

*(nazwa/firma i adres wykonawcy lub wykonawcy występujący wspólnie)*

I

Składając ofertę w postępowaniu w przetargu na usługi społeczne prowadzonym przez Port Lotniczy Wrocław S.A. pn.: „Usługa kontroli bezpieczeństwa osób i bagażu w Porcie Lotniczym Wrocław” oświadczam, że do wykonania zamówienia **skierujemy zespół osób** (co najmniej **12 osób** w tym co najmniej **4 kobiety** oraz co najmniej **3 koordynatorów**, a także co najmniej **9 osób** posiadających uprawnienia 11.2.3.3 zał. do RWK 2015/1998) wykazanych poniżej, zdolnych do wykonania zamówienia, które spełniają wymogi postawione w przetargu.

WYKAZ

**Oświadczamy, że w razie wybrania nas na wykonawcę zamówienia:**

**(1 osoba nadzorująca/koordynator)**

Pan/Pani ………………………………………….

(imię i nazwisko)

będzie wykonywać zadania operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: „OKB”) - koordynatora oraz, że posiada (ważne) wymagane uprawnienia i kwalifikacje tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| Certyfikat operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: certyfikat OKB 11.2.3.1 i 11.2.3.3. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr certyfikatu 11.2.3.1: …………./data …………………  Nr certyfikatu 11.2.3.3: …………. /data …………………. |
| Szkolenie osób przeprowadzających kontrolę dostępu w porcie lotniczym oraz nadzór i patrole (11.2.3.5. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie dla osób bezpośrednio nadzorujących osoby stosujące środki ochrony (11.2.4. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data |
| Wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (dalej: KPOF) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr wpisu na listę KPOF: ……………./data ………………  Szkolenie doskonalące nr: …………………data ………… |
| Legitymacja osoby dopuszczonej do posiadania broni | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr leg.: …………………………….………………….…. |
| Posiada wymagane badania lekarskie dla KPOF | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Data następnego badania ………………… |
| **Inne szkolenia niezbędne do prowadzenia kontroli bezpieczeństwa w lotnictwie cywilnym:** | |
| Szkolenie podstawowe (11.2.2. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe (11.3.1. lit. b) zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe OKB (11.4.1 zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Sprawdzenie przeszłości lub rozszerzone sprawdzenie przeszłości | Data ważności …………………………. |

Osobą Pana/Pani ………………………….. dysponuję na podstawie: ………………………………………………………………………….

**(osoba 2 – nadzorująca/koordynator)**

Pan/Pani …………………………………………..

(imię i nazwisko)

będzie wykonywać zadania operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: „OKB”) - koordynatora oraz, że posiada (ważne) wymagane uprawnienia i kwalifikacje tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| Certyfikat operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: certyfikat OKB 11.2.3.1 i 11.2.3.3. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr certyfikatu 11.2.3.1: …………./data …………………  Nr certyfikatu 11.2.3.3: …………. /data …………………. |
| Szkolenie osób przeprowadzających kontrolę dostępu w porcie lotniczym oraz nadzór i patrole (11.2.3.5. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie dla osób bezpośrednio nadzorujących osoby stosujące środki ochrony (11.2.4. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data |
| Wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (dalej: KPOF) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr wpisu na listę KPOF: ……………./data ………………  Szkolenie doskonalące nr: …………………data ………… |
| Legitymacja osoby dopuszczonej do posiadania broni | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr leg.: …………………………….………………….…. |
| Posiada wymagane badania lekarskie dla KPOF | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Data następnego badania ………………… |
| **Inne szkolenia niezbędne do prowadzenia kontroli bezpieczeństwa w lotnictwie cywilnym:** | |
| Szkolenie podstawowe (11.2.2. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe (11.3.1. lit. b) zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe OKB (11.4.1 zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Sprawdzenie przeszłości lub rozszerzone sprawdzenie przeszłości | Data ważności …………………………. |

Osobą Pana/Pani ………………………….. dysponuję na podstawie: ………………………………………………………………………….

**(3 osoba nadzorująca/koordynator)**

Pan/Pani …………………………………………..

(imię i nazwisko)

będzie wykonywać zadania operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: „OKB”) - koordynatora oraz, że posiada (ważne) wymagane uprawnienia i kwalifikacje tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| Certyfikat operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: certyfikat OKB: 11.2.3.1 i 11.2.3.3. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr certyfikatu 11.2.3.1: …………./data …………………  Nr certyfikatu 11.2.3.3: …………. /data …………………. |
| Szkolenie osób przeprowadzających kontrolę dostępu w porcie lotniczym oraz nadzór i patrole (11.2.3.5. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie dla osób bezpośrednio nadzorujących osoby stosujące środki ochrony (11.2.4. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data |
| Wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (dalej: KPOF) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr wpisu na listę KPOF: ……………./data ………………  Szkolenie doskonalące nr: …………………data ………… |
| Legitymacja osoby dopuszczonej do posiadania broni | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr leg.: …………………………….………………….…. |
| Posiada wymagane badania lekarskie dla KPOF | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Data następnego badania ………………… |
| **Inne szkolenia niezbędne do prowadzenia kontroli bezpieczeństwa w lotnictwie cywilnym:** | |
| Szkolenie podstawowe (11.2.2. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe (11.3.1. lit. b) zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe OKB (11.4.1 zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Sprawdzenie przeszłości lub rozszerzone sprawdzenie przeszłości | Data ważności …………………………. |

Osobą Pana/Pani ………………………….. dysponuję na podstawie: ………………………………………………………………………….

**(osoba 4)**

Pan/Pani …………………………………………..

(imię i nazwisko)

będzie wykonywać zadania OKB oraz, że posiada (ważne) wymagane uprawnienia i kwalifikacje tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| Certyfikat operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: certyfikat OKB 11.2.3.1 i 11.2.3.3. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr certyfikatu 11.2.3.1: …………./data …………………  Nr certyfikatu 11.2.3.3: …………. /data …………………. |
| Szkolenie osób przeprowadzających kontrolę dostępu w porcie lotniczym oraz nadzór i patrole (11.2.3.5. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (dalej: KPOF) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr wpisu na listę KPOF: ……………./data ………………  Szkolenie doskonalące nr: …………………data ………… |
| Legitymacja osoby dopuszczonej do posiadania broni | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr leg.: …………………………….………………….…. |
| Badania lekarskie dla KPOF | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Data następnego badania ………………… |
| **Inne szkolenia niezbędne do prowadzenia kontroli bezpieczeństwa w lotnictwie cywilnym:** | |
| Szkolenie podstawowe (11.2.2. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe (11.3.1. lit. b) zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe OKB (11.4.1 zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Sprawdzenie przeszłości lub rozszerzone sprawdzenie przeszłości | Data ważności …………………………. |

Osobą Pana/Pani ………………………….. dysponuję na podstawie: ………………………………………………………………………….

**(osoba 5)**

Pan/Pani …………………………………………..

(imię i nazwisko)

będzie wykonywać zadania OKB oraz, że posiada (ważne) wymagane uprawnienia i kwalifikacje tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| Certyfikat operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: certyfikat OKB 11.2.3.1 i 11.2.3.3. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr certyfikatu 11.2.3.1: …………./data …………………  Nr certyfikatu 11.2.3.3: …………. /data …………………. |
| Szkolenie osób przeprowadzających kontrolę dostępu w porcie lotniczym oraz nadzór i patrole (11.2.3.5. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (dalej: KPOF) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr wpisu na listę KPOF: ……………./data ………………  Szkolenie doskonalące nr: …………………data ………… |
| Legitymacja osoby dopuszczonej do posiadania broni | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr leg.: …………………………….………………….…. |
| Badania lekarskie dla KPOF | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Data następnego badania ………………… |
| **Inne szkolenia niezbędne do prowadzenia kontroli bezpieczeństwa w lotnictwie cywilnym:** | |
| Szkolenie podstawowe (11.2.2. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe (11.3.1. lit. b) zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe OKB (11.4.1 zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Sprawdzenie przeszłości lub rozszerzone sprawdzenie przeszłości | Data ważności …………………………. |

Osobą Pana/Pani ………………………….. dysponuję na podstawie: ………………………………………………………………………….

**(osoba 6)**

Pan/Pani …………………………………………..

(imię i nazwisko)

będzie wykonywać zadania OKB oraz, że posiada (ważne) wymagane uprawnienia i kwalifikacje tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| Certyfikat operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: certyfikat OKB 11.2.3.1 i 11.2.3.3. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr certyfikatu 11.2.3.1: …………./data …………………  Nr certyfikatu 11.2.3.3: …………. /data …………………. |
| Szkolenie osób przeprowadzających kontrolę dostępu w porcie lotniczym oraz nadzór i patrole (11.2.3.5. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (dalej: KPOF) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr wpisu na listę KPOF: ……………./data ………………  Szkolenie doskonalące nr: …………………data ………… |
| Legitymacja osoby dopuszczonej do posiadania broni | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr leg.: …………………………….………………….…. |
| Badania lekarskie dla KPOF | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Data następnego badania ………………… |
| **Inne szkolenia niezbędne do prowadzenia kontroli bezpieczeństwa w lotnictwie cywilnym:** | |
| Szkolenie podstawowe (11.2.2. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe (11.3.1. lit. b) zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe OKB (11.4.1 zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Sprawdzenie przeszłości lub rozszerzone sprawdzenie przeszłości | Data ważności …………………………. |

Osobą Pana/Pani ………………………….. dysponuję na podstawie: ………………………………………………………………………….

**(osoba 7)**

Pan/Pani …………………………………………..

(imię i nazwisko)

będzie wykonywać zadania OKB oraz, że posiada (ważne) wymagane uprawnienia i kwalifikacje tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| Certyfikat operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: certyfikat OKB 11.2.3.1 i 11.2.3.3. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr certyfikatu 11.2.3.1: …………./data …………………  Nr certyfikatu 11.2.3.3: …………. /data …………………. |
| Szkolenie osób przeprowadzających kontrolę dostępu w porcie lotniczym oraz nadzór i patrole (11.2.3.5. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (dalej: KPOF) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr wpisu na listę KPOF: ……………./data ………………  Szkolenie doskonalące nr: …………………data ………… |
| Legitymacja osoby dopuszczonej do posiadania broni | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr leg.: …………………………….………………….…. |
| Badania lekarskie dla KPOF | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Data następnego badania ………………… |
| **Inne szkolenia niezbędne do prowadzenia kontroli bezpieczeństwa w lotnictwie cywilnym:** | |
| Szkolenie podstawowe (11.2.2. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe (11.3.1. lit. b) zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe OKB (11.4.1 zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Sprawdzenie przeszłości lub rozszerzone sprawdzenie przeszłości | Data ważności …………………………. |

Osobą Pana/Pani ………………………….. dysponuję na podstawie: ………………………………………………………………………….

**(osoba 8)**

Pan/Pani …………………………………………..

(imię i nazwisko)

będzie wykonywać zadania OKB oraz, że posiada (ważne) wymagane uprawnienia i kwalifikacje tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| Certyfikat operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: certyfikat OKB 11.2.3.1 i 11.2.3.3. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr certyfikatu 11.2.3.1: …………./data …………………  Nr certyfikatu 11.2.3.3: …………. /data …………………. |
| Szkolenie osób przeprowadzających kontrolę dostępu w porcie lotniczym oraz nadzór i patrole (11.2.3.5. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (dalej: KPOF) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr wpisu na listę KPOF: ……………./data ………………  Szkolenie doskonalące nr: …………………data ………… |
| Legitymacja osoby dopuszczonej do posiadania broni | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr leg.: …………………………….………………….…. |
| Badania lekarskie dla KPOF | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Data następnego badania ………………… |
| **Inne szkolenia niezbędne do prowadzenia kontroli bezpieczeństwa w lotnictwie cywilnym:** | |
| Szkolenie podstawowe (11.2.2. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe (11.3.1. lit. b) zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe OKB (11.4.1 zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Sprawdzenie przeszłości lub rozszerzone sprawdzenie przeszłości | Data ważności …………………………. |

Osobą Pana/Pani ………………………….. dysponuję na podstawie: ………………………………………………………………………….

**(osoba 9)**

Pan/Pani …………………………………………..

(imię i nazwisko)

będzie wykonywać zadania OKB oraz, że posiada (ważne) wymagane uprawnienia i kwalifikacje tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| Certyfikat operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: certyfikat OKB 11.2.3.1 i 11.2.3.3. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr certyfikatu 11.2.3.1: …………./data …………………  Nr certyfikatu 11.2.3.3: …………. /data …………………. |
| Szkolenie osób przeprowadzających kontrolę dostępu w porcie lotniczym oraz nadzór i patrole (11.2.3.5. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (dalej: KPOF) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr wpisu na listę KPOF: ……………./data ………………  Szkolenie doskonalące nr: …………………data ………… |
| Legitymacja osoby dopuszczonej do posiadania broni | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr leg.: …………………………….………………….…. |
| Badania lekarskie dla KPOF | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Data następnego badania ………………… |
| **Inne szkolenia niezbędne do prowadzenia kontroli bezpieczeństwa w lotnictwie cywilnym:** | |
| Szkolenie podstawowe (11.2.2. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe (11.3.1. lit. b) zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe OKB (11.4.1 zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Sprawdzenie przeszłości lub rozszerzone sprawdzenie przeszłości | Data ważności …………………………. |

Osobą Pana/Pani ………………………….. dysponuję na podstawie: ………………………………………………………………………….

**(osoba 10)**

Pan/Pani …………………………………………..

(imię i nazwisko)

będzie wykonywać zadania OKB oraz, że posiada (ważne) wymagane uprawnienia i kwalifikacje tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| Certyfikat operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: certyfikat OKB 11.2.3.1 i 11.2.3.3. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr certyfikatu 11.2.3.1: …………./data …………………  Nr certyfikatu 11.2.3.3: …………. /data …………………. |
| Szkolenie osób przeprowadzających kontrolę dostępu w porcie lotniczym oraz nadzór i patrole (11.2.3.5. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (dalej: KPOF) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr wpisu na listę KPOF: ……………./data ………………  Szkolenie doskonalące nr: …………………data ………… |
| Legitymacja osoby dopuszczonej do posiadania broni | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr leg.: …………………………….………………….…. |
| Badania lekarskie dla KPOF | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Data następnego badania ………………… |
| **Inne szkolenia niezbędne do prowadzenia kontroli bezpieczeństwa w lotnictwie cywilnym:** | |
| Szkolenie podstawowe (11.2.2. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe (11.3.1. lit. b) zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe OKB (11.4.1 zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Sprawdzenie przeszłości lub rozszerzone sprawdzenie przeszłości | Data ważności …………………………. |

Osobą Pana/Pani ………………………….. dysponuję na podstawie: ………………………………………………………………………….

**(osoba 11)**

Pan/Pani …………………………………………..

(imię i nazwisko)

będzie wykonywać zadania OKB oraz, że posiada (ważne) wymagane uprawnienia i kwalifikacje tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| Certyfikat operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: certyfikat OKB 11.2.3.1 i 11.2.3.3. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr certyfikatu 11.2.3.1: …………./data …………………  Nr certyfikatu 11.2.3.3: …………. /data …………………. |
| Szkolenie osób przeprowadzających kontrolę dostępu w porcie lotniczym oraz nadzór i patrole (11.2.3.5. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (dalej: KPOF) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr wpisu na listę KPOF: ……………./data ………………  Szkolenie doskonalące nr: …………………data ………… |
| Legitymacja osoby dopuszczonej do posiadania broni | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr leg.: …………………………….………………….…. |
| Badania lekarskie dla KPOF | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Data następnego badania ………………… |
| **Inne szkolenia niezbędne do prowadzenia kontroli bezpieczeństwa w lotnictwie cywilnym:** | |
| Szkolenie podstawowe (11.2.2. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe (11.3.1. lit. b) zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe OKB (11.4.1 zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skre  ślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Sprawdzenie przeszłości lub rozszerzone sprawdzenie przeszłości | Data ważności …………………………. |

Osobą Pana/Pani ………………………….. dysponuję na podstawie: ………………………………………………………………………….

**(osoba 12)**

Pan/Pani …………………………………………..

(imię i nazwisko)

będzie wykonywać zadania OKB oraz, że posiada (ważne) wymagane uprawnienia i kwalifikacje tj.:

|  |  |
| --- | --- |
| Certyfikat operatora kontroli bezpieczeństwa (dalej: certyfikat OKB 11.2.3.1 i 11.2.3.3. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr certyfikatu 11.2.3.1: …………./data …………………  Nr certyfikatu 11.2.3.3: …………. /data …………………. |
| Szkolenie osób przeprowadzających kontrolę dostępu w porcie lotniczym oraz nadzór i patrole (11.2.3.5. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (dalej: KPOF) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr wpisu na listę KPOF: ……………./data ………………  Szkolenie doskonalące nr: …………………data ………… |
| Legitymacja osoby dopuszczonej do posiadania broni | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr leg.: …………………………….………………….…. |
| Badania lekarskie dla KPOF | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Data następnego badania ………………… |
| **Inne szkolenia niezbędne do prowadzenia kontroli bezpieczeństwa w lotnictwie cywilnym:** | |
| Szkolenie podstawowe (11.2.2. zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe (11.3.1. lit. b) zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Szkolenie okresowe OKB (11.4.1 zał. do RWK (UE) 2015/1998) | \*spełnia/ nie spełnia (\*niepotrzebne skreślić)  Nr zaświadczenia: …………./data ……………….…… |
| Sprawdzenie przeszłości lub rozszerzone sprawdzenie przeszłości | Data ważności …………………………. |

Osobą Pana/Pani ………………………….. dysponuję na podstawie: ………………………………………………………………………….

**II**

**Oświadczamy, że** **w razie wybrania nas na wykonawcę zamówienia** przez cały okres świadczenia zapewnimy odpowiednią ilość osób, mężczyzn i kobiet zdolnych do wykonania zamówienia jako OKB lub OKB-koordynator, w tym osób posiadających legitymację osoby dopuszczonej do posiadania broni, aby zapewnić zastępstwo dla osób dedykowanych do realizacji zamówienia w wypadku ich niedyspozycji, przerw pracowników w czasie pracy, zakończenia stosunku pracy etc. oraz, że będą one kierowane na zastępstwo niezwłocznie w celu zapewnienia ciągłości i płynności wykonania zadania przyjętego przez nas do realizacji.

/miejscowość/…………………. /dnia/……………

[kwalifikowany podpis elektroniczny Wykonawcy

lub osoby upoważnionej przez Wykonawcę]