**Załącznik nr 4.2. do SWZ**

sprawa nr 4/2023/NZP

**WYLAZ - PERSONEL WYKONAWCY**

Nr sprawy **4/2023/NZP**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………….………………………………

Adres Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………….………………………………

Na potwierdzenie spełnienia przez Nas warunku dotyczącego osób kierowanych do realizacji zamówienia określonego treścią zapisów SWZ w pkt 7.1. B pkt. 2, wykazujemy następująca osobę:

**……………………………………………….**

(imię i nazwisko)

**którą skierujemy** do realizacji zamówienia.

Informujemy, że osoba ta legitymuje się następującym doświadczeniem odpowiadającym warunkowi udziału w postępowaniu:

|  |  |
| --- | --- |
| WYMAGANE TREŚCIĄ WARUNKU: | DOŚWIADCZENIE WYKAZYWANEJ OSOBY: |
| *(…) doświadczenie polegające na nadzorowaniu lub kierowaniu lub zarządzaniu lub koordynacji prac obejmujących swoim zakresem budowę, przebudowę lub rozbudowę systemu BHS (Baggage Handling System) wraz z montażem co najmniej jednego urządzenia EDS i integracją tego urządzenia z systemem BHS, potwierdzone co najmniej jednym zadaniem obejmującym wszystkie elementy wymaganego doświadczenia, zakończonym w okresie ostatnich* ***5 lat*** *przed upływem terminu składania ofert* | UWAGA: opisując doświadczenie osoby należy:1. określić rodzaj wykonywanych przez tą osobą czynności w ramach wykazywanego doświadczenia (czy było to: nadzorowanie prac, kierowanie pracami, zarzadzanie, koordynowanie prac),
2. wymienić, które z wymaganych warunkiem elementów obejmowało swoim zakresem wykazywane doświadczenie (czy była to: budowa, przebudowa czy rozbudowa systemu BHS wraz z montażem co najmniej jednego urządzenia EDS (ilu urządzeń) i integracją tego urządzenia z systemem BHS (czy co najmniej jedno urządzenie zostało zintegrowane z systemem BHS)),
3. należy podać nazwę projektu (zamówienia/kontraktu), którego doświadczenie to (wykazany zakres oraz wykonywane czynności) było częścią lub całością,
4. podać datę wykonania (zakończenia) zadania,
5. inne informacje/jeśli dotyczy
 |
| Podstawa dysponowania wykazaną osobą: | …………………………………………………. |
| Zakres czynności jakie wykazana osoba będzie wykonywać: | …………………………………………………… |

miejscowość:…………………. dnia:……………

 **[kwalifikowany podpis elektroniczny]**