Załącznik Nr 11

Nazwa wykonawcy .................................................................................................

Adres wykonawcy ................................................................................................

Miejscowość .............................................. Data .......................

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

w postępowaniu na świadczenie usługi sprzątania Szpitala w Kościanie.

1. wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:
   1. w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami (dotyczy osoby pełniącej nadzór nad personelem sprzątającym).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Doświadczenie | Wykształcenie kwalifikacje | Zakres wykonywanych czynności | Podstawa dysponowania osobą |
|  |  |  |  |  |

Wykonawca musi wykazać minimum, że dysponuje osobą, która będzie odpowiadać za realizację umowy, która codziennie będzie nadzorowała i kontrolowała pracę personelu. Wyznaczona osoba musi posiadać minimum 1 letnie doświadczenie w kierowaniu personelem sprzątającym w szpitalu i minimum średnie wykształcenie.

#627

* 1. W szczególności zdolnych do wykonania zamówienia w ilości 83, w pełnym zakresie godzinowym odpowiedzialnych za utrzymanie czystości w oddziałach, blokach operacyjnych, poradniach , do utrzymywania czystości ciągów komunikacyjnych, konserwacji podłóg i transportu wewnętrznego.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Ilość osób | Zakres wykonywanych czynności | Podstawa dysponowania osobą |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Razem | 83 |  |  |

.................................................................................

(data i czytelny podpis wykonawcy)