***Załącznik nr 6 do SWZ***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Sprawy:** | **ABM-ZP-11/2021** |
| **Wykonawca(y)** *(Nazwa i adres)***:** |  |

**WYKAZ OSÓB**

Oświadczamy, że osoby wskazane poniżej, które będą uczestniczyły w wykonywaniu przedmiotu zamówienia, posiadają doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia tj. kasjera lotniczego, i tym samym spełniają warunek udziału w postępowaniu określonego w pkt. 10.5.4.2. SWZ:

|  |
| --- |
| *Kasjer lotniczy – 1. osoba* |
| *imię i nazwisko – ………………………………………………………* |
| *Podstawa do dysponowania osobą (np.: umowa o pracę, umowa cywilno-prawna, zobowiązanie podmiotu trzeciego)* | ……………………………………………. |
| *Wykwalifikowany kasjer lotniczy powinien pozjadać co najmniej 2-letnie doświadczenie w wyszukiwaniu oraz rezerwacji biletów lotniczych w systemie (GDS) (tj. Amadeus, Galileo, Worldspan, Sabre lub innego równoważnego systemu)*  | *Wykazać doświadczenie 24 miesiące minimum, bez wliczania przerw w pracy* |
| *Daty w jakich wskazana przez Wykonawcę osoba wykonywała usługi jako wykwalifikowany kasjer lotniczy,* | ………………………………………………. |
| *Zakres czynności wykonywanych przez wskazaną osobę,* | *………………………………………………………* |
| *Nazwa podmiotu, dla którego wykonywana była usługa.* | ………………………………………………….…….. |
| *Kasjer lotniczy – 2. osoba* |
| *imię i nazwisko – ………………………………………………………* |
| *Podstawa do dysponowania osobą (np.: umowa o pracę, umowa cywilno-prawna, zobowiązanie podmiotu trzeciego)* | ……………………………………………………… |
| *Wykwalifikowany kasjer lotniczy powinien pozjadać co najmniej 2-letnie doświadczenie w wyszukiwaniu oraz rezerwacji biletów lotniczych w systemie (GDS) (tj. Amadeus, Galileo,Worldspan, Sabre lub innego równoważnego systemu).*  | *Wykazać doświadczenie 24 miesiące minimum, bez wliczania przerw w pracy* |
| *Daty w jakich wskazana przez Wykonawcę osoba wykonywała usługi jako wykwalifikowany kasjer lotniczy,* | ***……………………………………………………*** |
| *Zakres czynności wykonywanych przez wskazaną osobę,* | *……………………………………………………..* |
| *Nazwa podmiotu, dla którego wykonywana była usługa.* | ………………………………………………….…….. |

***Należy pamiętać o opatrzeniu Wykazu kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym.***