***Załącznik nr 5 do SWZ***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr Sprawy:** | **ABM-ZP-10/2023** | |
| **Wykonawca(y)** *(Nazwa i adres)***:** | |  |

## WYKAZ OSÓB

## Oświadczamy, że w wykonywaniu zamówienia będą uczestniczyć następujące osoby (spełniające wymagania określone w pkt. 10.5.4.2 SWZ):

1) grafik

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Potwierdzenie spełniania wymagań dla danego stanowiska  (zgodnie z pkt 10.5.4.2.1) SWZ) \* | Podstawa dysponowania |
|  |  |  |  |

2) Event Manager

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Potwierdzenie spełniania wymagań dla danego stanowiska  (zgodnie z pkt 10.5.4.2.2) SWZ) \* | Podstawa dysponowania |
|  |  |  |  |

\* Opis doświadczenia powinien być na tyle szczegółowo podany, aby pozwolił Zamawiającemu na ocenę jego spełniania w kontekście postawionego warunku udziału

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