**Załącznik nr 4B do SWZ**

**Zamawiający:**

**Polska Akademia Nauk**

**– Muzeum Ziemi w Warszawie**

Aleja Na Skarpie 20/26 i 27,

00-488 Warszawa

**Wykonawca:**

………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykaz osób skierowanych do wykonania zamówienia**

(zgodnie z warunkiem określonym w Rozdziale VI ust. 1 pkt 3 lit. b) SWZ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stanowisko | Aktualne zaświadczenie o niekaralności | Aktualne badania lekarskie | Orzeczenie o grupie inwalidzkiej – jeżeli dotyczy | Ograniczenia psychofizyczne uniemożliwiające pracę na stanowisku | Lata doświadczeniea zawodowego na podobnym stanowisku | Podstawa dysponowania osobą |
| 1 |  | Koordynator | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE / *wpisać odpowiednio* | 1 / 2 / 3 / / *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | *wpisać lata doświadczenia lub w miesiącach odpowiednio* | Zasób własny/zasób podmiotu trzeciego – *wpisać odpowiednio np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, inne jakie podać* |
| 2 |  | Ochrona fizyczna | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE / *wpisać odpowiednio* | 1 / 2 / 3 / / *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | *wpisać lata doświadczenia lub w miesiącach odpowiednio* | Zasób własny/zasób podmiotu trzeciego – *wpisać odpowiednio np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, inne jakie podać* |
| 3 |  | Ochrona fizyczna | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE / *wpisać odpowiednio* | 1 / 2 / 3 / / *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | *wpisać lata doświadczenia lub w miesiącach odpowiednio* | Zasób własny/zasób podmiotu trzeciego – *wpisać odpowiednio np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, inne jakie podać* |
| 4 |  | Ochrona fizyczna | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE / *wpisać odpowiednio* | 1 / 2 / 3 / / *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | *wpisać lata doświadczenia lub w miesiącach odpowiednio* | Zasób własny/zasób podmiotu trzeciego – *wpisać odpowiednio np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, inne jakie podać* |
| 5 |  | Ochrona fizyczna | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE / *wpisać odpowiednio* | 1 / 2 / 3 / / *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | *wpisać lata doświadczenia lub w miesiącach odpowiednio* | Zasób własny/zasób podmiotu trzeciego – *wpisać odpowiednio np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, inne jakie podać* |
| 6 |  | Ochrona fizyczna | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE / *wpisać odpowiednio* | 1 / 2 / 3 / / *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | *wpisać lata doświadczenia lub w miesiącach odpowiednio* | Zasób własny/zasób podmiotu trzeciego – *wpisać odpowiednio np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, inne jakie podać* |
| 7 |  | Ochrona fizyczna | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE / *wpisać odpowiednio* | 1 / 2 / 3 / / *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | Zasób własny/zasób podmiotu trzeciego – *wpisać odpowiednio np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, inne jakie podać* |
| 8 |  | Osoba wchodząca w składa Grupy interwencyjnej | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE / *wpisać odpowiednio* | 1 / 2 / 3 / / *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | *wpisać lata doświadczenia lub w miesiącach odpowiednio* | Zasób własny/zasób podmiotu trzeciego – *wpisać odpowiednio np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, inne jakie podać* |
| 9 |  | Osoba wchodząca w skład Grupy interwencyjnej | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE / *wpisać odpowiednio* | 1 / 2 / 3 / / *wpisać odpowiednio* | TAK / NIE *wpisać odpowiednio* | *wpisać lata doświadczenia lub w miesiącach odpowiednio* | Zasób własny/zasób podmiotu trzeciego – *wpisać odpowiednio np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, inne jakie podać* |