### UMW/IZ/PN-105/19 Załącznik nr 4A do SIWZ

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO GŁÓWNEGO PROJEKTANTA**

**Sporządzenie projektu budowlanego zamiennego oraz programów funkcjonalno – użytkowych dla budynków stanowiących własność Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

**Część A – Sporządzenie projektu budowlanego zamiennego do projektu „Przebudowa i remont budynków Akademii Medycznej DS. Bliźniak, DS. Jubilatka i stołówki studenckiej wraz z zagospodarowaniem terenu oraz dobudową windy do elewacji bocznej DS. Jubilatka przy ul. Wojciecha z Brudzewa 8-12 we Wrocławiu” dotyczącego budynku Rektoratu UMW przy ul. M. Curie – Skłodowskiej 70 we Wrocławiu**

Wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji niniejszego zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania niniejszego zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

Wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji niniejszego zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania niniejszego zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

Wykonawca spełni warunek, jeżeli wykaże, że dysponuje głównym projektantem posiadającym uprawnienia budowlane w specjalności architektonicznej do projektowania, który wykonał należycie **co najmniej 3 projekty, z których każdy obejmował wielobranżowy remont obiektów użyteczności publicznej
o kubaturze netto nie mniejszej niż 10 000,00 m3 z uzyskaniem pozwolenia na budowlę -** Wykonawca winien opisać każdą usługę.

| L.p. | Imię i Nazwisko | Wykształcenie | Uprawnienia | Kwalifikacje zawodowe | Rodzaj projektu | Zakres projektu | Terminy realizacji projektu Data rozpoczęcia: (dd/mm/rrrr); Data zakończenia (dd/mm/rrrr);  | Podmiot na rzecz którego projekt był wykonany |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

UWAGA ! Wykonawca może dostosować rozmiary rubryk w tabeli w zależności od potrzeb.

Jeżeli dane zawarte w Wykazie doświadczenia zawodowego głównego projektanta wyznaczonego do realizacji zamówienia będą budzić wątpliwości Zamawiającego, zwróci się on do Wykonawcy o przedstawienie dowodów, potwierdzających wykonanie przez głównego projektanta w zakresie wskazanym w Wykazie lub bezpośrednio do podmiotu, na rzecz którego dana usługa była/jest wykonana/wykonywana, o potwierdzenie informacji zawartych w Wykazie.

………………………………………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r. Pieczęć i podpis Wykonawcy: …………………………………………………………..

### UMW/IZ/PN-105/19 Załącznik nr 4B do SIWZ

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO GŁÓWNEGO PROJEKTANTA**

**Sporządzenie projektu budowlanego zamiennego oraz programów funkcjonalno – użytkowych dla budynków stanowiących własność Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

**Część B - Sporządzenie programu funkcjonalno – użytkowego dla pawilonu Diagnostyki Obrazowej położonego przy Wybrzeżu
L. Pasteura 5 we Wrocławiu**

Wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji niniejszego zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania niniejszego zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

Wykonawca spełni warunek, jeżeli wykaże, że dysponuje głównym projektantem posiadającym uprawnienia budowlane w specjalności architektonicznej do projektowania, który wykonał należycie **co najmniej 2 usługi opracowania programu funkcjonalno – użytkowego lub projektu budowlanego dla obiektu użyteczności publicznej przeznaczonego do świadczenia usług medycznych (przychodnia, szpital, sanatorium), o powierzchni użytkowej co najmniej 1 000 m2 każdy -** Wykonawca winien opisać każdą usługę.

| L.p. | Imię i Nazwisko | Wykształcenie | Uprawnienia | Kwalifikacje zawodowe | Rodzaj projektu | Zakres projektu | Terminy realizacji projektu Data rozpoczęcia: (dd/mm/rrrr); Data zakończenia (dd/mm/rrrr);  | Podmiot na rzecz którego projekt był wykonany |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

UWAGA ! Wykonawca może dostosować rozmiary rubryk w tabeli w zależności od potrzeb.

Jeżeli dane zawarte w Wykazie doświadczenia zawodowego głównego projektanta wyznaczonego do realizacji zamówienia będą budzić wątpliwości Zamawiającego, zwróci się on do Wykonawcy o przedstawienie dowodów, potwierdzających wykonanie przez głównego projektanta w zakresie wskazanym w Wykazie lub bezpośrednio do podmiotu, na rzecz którego dana usługa była/jest wykonana/wykonywana, o potwierdzenie informacji zawartych w Wykazie.

………………………………………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r. Pieczęć i podpis Wykonawcy: ………………………………………………………………..

### UMW/IZ/PN-105/19 Załącznik nr 4C do SIWZ

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO GŁÓWNEGO PROJEKTANTA**

**Sporządzenie projektu budowlanego zamiennego oraz programów funkcjonalno – użytkowych dla budynków stanowiących własność Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

**Część C - Sporządzenie programu funkcjonalno – użytkowego dla budynku Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii położonego przy ul. Chałubińskiego 1a we Wrocławiu**

Wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji niniejszego zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania niniejszego zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

Wykonawca spełni warunek, jeżeli wykaże, że dysponuje głównym projektantem posiadającym uprawnienia budowlane w specjalności architektonicznej do projektowania, który wykonał należycie **co najmniej 2 usługi opracowania programu funkcjonalno – użytkowego lub projektu budowlanego dla obiektu użyteczności publicznej przeznaczonego do świadczenia usług medycznych (przychodnia, szpital, sanatorium), o powierzchni użytkowej co najmniej 1 000 m2 każdy -** Wykonawca winien opisać każdą usługę.

| L.p. | Imię i Nazwisko | Wykształcenie | Uprawnienia | Kwalifikacje zawodowe | Rodzaj projektu | Zakres projektu | Terminy realizacji projektu Data rozpoczęcia: (dd/mm/rrrr); Data zakończenia (dd/mm/rrrr);  | Podmiot na rzecz którego projekt był wykonany |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

UWAGA ! Wykonawca może dostosować rozmiary rubryk w tabeli w zależności od potrzeb.

Jeżeli dane zawarte w Wykazie doświadczenia zawodowego głównego projektanta wyznaczonego do realizacji zamówienia będą budzić wątpliwości Zamawiającego, zwróci się on do Wykonawcy o przedstawienie dowodów, potwierdzających wykonanie przez głównego projektanta w zakresie wskazanym w Wykazie lub bezpośrednio do podmiotu, na rzecz którego dana usługa była/jest wykonana/wykonywana, o potwierdzenie informacji zawartych w Wykazie.

………………………………………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r. Pieczęć i podpis Wykonawcy: ………………………………………………………………..

### UMW/IZ/PN-105/19 Załącznik nr 4D do SIWZ

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO GŁÓWNEGO PROJEKTANTA**

**Sporządzenie projektu budowlanego zamiennego oraz programów funkcjonalno – użytkowych dla budynków stanowiących własność Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

**Część D - Sporządzenie programu funkcjonalno – użytkowego dla budynku Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii położonego przy skrzyżowaniu ulic Chałubińskiego 1 i M. Curie-Skłodowskiej 58 we Wrocławiu**

Wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji niniejszego zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania niniejszego zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

Wykonawca spełni warunek, jeżeli wykaże, że dysponuje głównym projektantem posiadającym uprawnienia budowlane w specjalności architektonicznej do projektowania, który wykonał należycie **co najmniej 2 usługi opracowania programu funkcjonalno – użytkowego lub projektu budowlanego dla obiektu użyteczności publicznej przeznaczonego do świadczenia usług medycznych (przychodnia, szpital, sanatorium), o powierzchni użytkowej co najmniej 1 000 m2 każdy -** Wykonawca winien opisać każdą usługę.

| L.p. | Imię i Nazwisko | Wykształcenie | Uprawnienia | Kwalifikacje zawodowe | Rodzaj projektu | Zakres projektu | Terminy realizacji projektu Data rozpoczęcia: (dd/mm/rrrr); Data zakończenia (dd/mm/rrrr);  | Podmiot na rzecz którego projekt był wykonany |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

UWAGA ! Wykonawca może dostosować rozmiary rubryk w tabeli w zależności od potrzeb.

Jeżeli dane zawarte w Wykazie doświadczenia zawodowego głównego projektanta wyznaczonego do realizacji zamówienia będą budzić wątpliwości Zamawiającego, zwróci się on do Wykonawcy o przedstawienie dowodów, potwierdzających wykonanie przez głównego projektanta w zakresie wskazanym w Wykazie lub bezpośrednio do podmiotu, na rzecz którego dana usługa była/jest wykonana/wykonywana, o potwierdzenie informacji zawartych w Wykazie.

………………………………………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r. Pieczęć i podpis Wykonawcy: ………………………………………………………………..