***Załącznik nr 5 do SWZ***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł zamówienia:** | ***Usługa dostępu do informatycznej platformy zakupowej, wspomagającej obsługę zamówień publicznych w formie elektronicznej wraz ze wsparciem technicznym*** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie Zamawiającego:** | **ABM- ZP-4/2024** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………… |

## **WYKAZ USŁUG**

## Oświadczamy, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, wykonaliśmy/wykonujemy następujące usługi, w zakresie odpowiadającym wymaganiom określonym w pkt 10.5.4.1. SWZ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego usługę wykonano lub jest wykonywana***(podmioty zobligowane do stosowania ustawy PZP)* | **Opis usługi***(usługi obejmujące swoim zakresem co najmniej funkcjonalności: planowania zamówień poniżej kwoty 130 000,00 zł netto i zamówień w trybie ustawy Pzp, procesu postępowania w trybie ustawy Pzp, procesu postępowania z wyłączeniem stosowania ustawy Pzp)* | **Termin(y) wykonania usługi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Do powyższego wykazu załączam dowody potwierdzające, że wskazane w nim usługi, zostały wykonane lub są wykonywane należycie

…………..………….………………………….
 *Podpis elektroniczny \**

\*Podpis(y) elektroniczny(e) osoby(osób) umocowanej(ych) do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z dokumentem stwierdzającym status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) lub pełnomocnictwem wchodzącym w skład oferty.