*Załącznik nr 4 do SWZ*

|  |
| --- |
| **Nr Sprawy: ABM-ZP-2/2023** |
| **Wykonawca(y)** *(Nazwa i adres)***:** |  |

## WYKAZ USŁUG

## Oświadczamy, że w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku zdolności technicznej lub zawodowej, odpowiadającym wymaganiom określonym w pkt 10.5.4.1. SWZ w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonaliśmy następujące usługi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano usługę | Opis przedmiotu usługi oraz liczba wykonanych analiz/ocen | Termin(y) wykonania usługi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Zamawiający dopuszcza wykazanie usługi będącej w trakcie realizacji, pod warunkiem, że już wykonana część tej usługi (tj. liczba wykonanych analiz/ocen) spełnia wymaganie postawione w warunku udziału.

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