***Załącznik nr 5 do SWZ***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr Sprawy:** | **ABM/ZP-4/2023** | |
| **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 pięciu 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 umowy/zamówienia (usługi)\*** | **Kraj zorganizowania zagranicznej wizyty studyjnej / wyjazdu integracyjnego / analogicznego wydarzenia** | **Termin(y) wykonania usługi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***\**** *Opis powinien w sposób jednoznaczny potwierdzać spełnianie wymaganego zakresu w warunku udziału*

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