**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-42/2022 TP/U/S**

**WYKAZ WYKONYWANYCH USŁUG[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Tytuł spotu filmowego**  | Data realizacji usługi | Udział specjalisty z dziedziny psychologii/psychiatrii(TAK lub NIE) | Nazwa Zamawiającego/ Zleceniodawcy/Adres | Wartość usługi(brutto) | Usługa własna/innego podmiotu[[2]](#footnote-2) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |

**……………….…………………………………………………. ……………………………………………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania**

 **Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

1. Wykaz ma potwierdzać spełnienie warunków udziału w postępowaniu określonych przez Zamawiającego w § 10 ust. 1 SWZ. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy podać czy przedmiot zamówienia był realizowany samodzielnie, czy też Wykonawca polega na wiedzy i doświadczeniu innych podmiotów, zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami tego podmiotu niezbędnymi do realizacji zamówienia. [↑](#footnote-ref-2)