*Załącznik nr 13 do SWZ*

**„Wykaz usług”**

1. W związku z udziałem w postępowaniu pn. „**Opieka gwarancyjna i serwisowa szpitalnego systemu medycznego CliniNET**”,

 numer postępowania: IZP.2411.47.2024.JM, jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia w celu potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu określonego w SWZ przedstawiam następujące usługi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot usługi** | **Wartość** | **Data****wykonania usługi** | **Podmioty, na rzecz których****usługi zostały wykonane** |
| 1. |  |  | od …………..………….…do …………..………….… |  |
| 2. |  |  | od …………..………….…do …………..………….… |  |
| 3. |  |  | od …………..………….…do …………..………….… |  |

1. W załączeniu przedstawiam dowody potwierdzające należyte wykonanie usług wskazanych w wykazie.