|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i adres odbiorcy | Miejsce wykonania usługi – rodzaj budynku  | Rodzaj wykonanych usług  | Instalacje będące w budynku(zaznaczyć TAK lub NIE) | Termin wykonanych usług daty | Wartość brutto wykonanych usług [zł] |
| od | do |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. |  |  |  | Instalacja elektryczna | TAK/NIE |  |  |  |
| Instalacja wody i c.w.u. | TAK/NIE |
| Instalacja c.o. | TAK/NIE |
| Instalacja gazów medycznych | TAK/NIE |
| Wentylacja i klimatyzacja | TAK/NIE |
| Instalacja systemów bezpieczeństwa pożarowego | TAK/NIE |
| Instalacje przyzywowej alarmowe | TAK/NIE |
| System BMS | TAK/NIE |
| 2. |  |  |  | Instalacja elektryczna | TAK/NIE |  |  |  |
| Instalacja wody i c.w.u. | TAK/NIE |
| Instalacja c.o. | TAK/NIE |
| Instalacja gazów medycznych | TAK/NIE |
| Wentylacja i klimatyzacja | TAK/NIE |
| Instalacja systemów bezpieczeństwa pożarowego | TAK/NIE |
| Instalacje przyzywowej alarmowe | TAK/NIE |
| System BMS | TAK/NIE |
| 3. |  |  |  | Instalacja elektryczna | TAK/NIE |  |  |  |
| Instalacja wody i c.w.u. | TAK/NIE |
| Instalacja c.o. | TAK/NIE |
| Instalacja gazów medycznych | TAK/NIE |
| Wentylacja i klimatyzacja | TAK/NIE |
| Instalacja systemów bezpieczeństwa pożarowego | TAK/NIE |
| Instalacje przyzywowej alarmowe | TAK/NIE |
| System BMS | TAK/NIE |

**Nr sprawy: ZP/101/2024 Załącznik nr 5 do SWZ**

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

**W załączeniu dokumenty potwierdzające, że usługi zostały wykonane należycie.**

*Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym.*