## Załącznik nr 5 do SWZ

Nr postępowania: ZP/112/2023

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź

Wykonawca:

Nazwa: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NIP: ……………………………………………………………………. KRS/CEiDG: …………………………………….…………………………………

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Wykaz wykonanych usług**

Wykaz wykonanych usług, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie

| Lp. | Podmiot na rzecz którego usługa została wykonana lub jest wykonywana | Opis wykonanej / wykonywanej usługi | Termin wykonania usługi (od – do) | Wartość usługi brutto |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwaga:

Do wykazu usług Wykonawca jest zobowiązany załączyć dowody potwierdzające należyte wykonanie usług.

Wykaz wykonanych usług Wykonawcy musi być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym.