*Załącznik nr 3 do SWZ*

**WYKAZ USŁUG WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH ORAZ WYKAZ OSÓB**
SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA SKŁADANYCH NA POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Zamawiający:

Politechnika Warszawska

Pl. Politechniki 1, 00-661 Warszawa

Nazwa (firma)/imię i nazwisko Wykonawcy –

…………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….……….….

Adres Wykonawcy (ulica, numer domu, numer lokalu, miejscowość i kod pocztowy) –

………………………..………………………………………………………………………………………………………………………….……….……….

w zależności od podmiotu NIP/PESEL: ………………...……………………………………..

REGON: …………………………………….………………………………………………………..……...

w zależności od podmiotu: KRS/CEiDG): …………………….………………………………………………………..……………………….

reprezentowany przez: ………………………………………………………………………………………………………………………..………...

*(*imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na zadanie pod nazwą: okresowy przegląd urządzeń klimatyzacyjnych i wentylacji mechanicznej Domach Studenckich Politechniki Warszawskiej, numer referencyjny:ZP.U.MP.39.2022,

oświadczam, że spełniam następujące warunki udziału w postępowaniu:

- wykonałem co najmniej 2 (dwie) usługi z obszaru przedmiotu zamówienia odpowiadające swoim rodzajem i wartością przedmiotowi niniejszego zamówienia tj.: wykonałem 2 zamówienia polegające na przeglądzie urządzeń klimatyzacyjnych i wentylacyjnych, każda o wartości nie mniejszej niż: 10 000,00 zł brutto, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie,

- skieruje do wykonania zamówienia co najmniej jedną osobę posiadającą aktualne świadectwo kwalifikacyjne w zakresie obsługi technicznej, demontażu oraz naprawie urządzeń i instalacji zawierających substancje kontrolowane, a także na odzysku substancji kontrolowanych, ich recyklingu, regeneracji, przekazywaniu do ponownego użytkowania oraz obrocie tymi substancjami (podstawa prawna: art. 20 ust. 4 ustawy z dnia 23 listopada 2020 r. o substancjach zubożających warstwę ozonową oraz o niektórych fluorowanych gazach cieplarnianych - Dz. U. 2020 poz. 2065), i mającą co najmniej roczne doświadczenie w zakresie przeglądu urządzeń i instalacji chłodniczych/klimatyzacyjnych, zawierających substancje kontrolowane.

|  |
| --- |
| **Osoba posiadającą aktualne świadectwo kwalifikacyjne: ………..............................................................................**  (podać imię i nazwisko)Nr aktualnego świadectwa kwalifikacyjnego: ……………………………………………………………………………………………….. (podać nr)Doświadczenie wskazanej wyżej osoby: ……………………………………………………………………………………………………… (podać ilość lat/miesięcy)**Na potwierdzenie spełnienia warunku Wykonawca dołączy aktualne świadectwo kwalifikacyjne w/w osoby.** **Wykaz usług:** |
| Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego zamówienie zostało wykonane | Wartość brutto zamówienia wykonanego przez Wykonawcę | Przedmiot zamówienia | Daty wykonania[od … do …] (dzień/miesiąc/rok) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Załączamy dowody potwierdzające, że wyszczególnione w tabeli usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane.**

**Uwaga:** Jeżeli Wykonawca powołuje się na doświadczenie w realizacji dostaw lub usług, wykonywanych wspólnie z innymi wykonawcami, wtedy w powyższym Wykazie zobowiązany jest podać tylko te dostawy/usługi, w których wykonaniu ten Wykonawca bezpośrednio uczestniczył, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych, w których wykonywaniu bezpośrednio uczestniczył lub uczestniczy.

Oświadczam, że w celu wykazania spełnienia warunku uczestnictwa, o którym mowa w SWZ polegam٭/nie polegam٭ na zdolnościach technicznych (wiedzy i doświadczeniu) następujących podmiotów udostępniających zasoby, a podmioty te wykonują usługi/roboty budowlane, do realizacji których zdolności te są wymagane (art.118 ust. 2 ustawy Pzp). ………………………

٭niepotrzebne skreślić

*elektroniczny podpis osoby/osób*

*uprawnionych do wystąpienia w imieniu Wykonawcy*