



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

oznaczenie sprawy: FH/01/10/24

Załącznik nr 4A do SWZ

Wykonawca:

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres,

w zależności od podmiotu

reprezentowany przez:

.....

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do

reprezentacji)

WYKAZ USŁUG

wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert

**„Opracowanie prototypu Systemu Hybrydowego Terapii PRP”
– numer postępowania FH/01/10/24**

prowadzonego przez: Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Technik Innowacyjnych EMAG,
40-189 Katowice, ul. Leopolda 31,

przedkładam następujący wykaz wykonanych /wykonywanych usług, w zakresie niezbędnym do oceny spełniania warunku wiedzy i doświadczenia:

Lp.	Opis wykonanych/wykonywanych usług – przedmiot usługi	Wartość usługi brutto	Data wykonania (data rozpoczęcia i zakończenia)	Podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane lub są wykonywane

Uwaga

Do niniejszego wykazu należy załączyć dowody potwierdzające, że przedstawione usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

....., dnia r.
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby uprawnionej do
reprezentowania Wykonawcy)