**DZP-34/2023 Załącznik Nr 6 do SWZ**

....................................................

Dane Wykonawcy (nazwa, firma, adres)

**WYKAZ USŁUG**

**Usługa serwisowa oprogramowania AMMS i Infomedica**

**(DZP-34/2023)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odbiorcy** | **Rodzaj** **zamówienia / zakres**  | **Wartość usługi** | **Data wykonania****od dd/mm/rrrr****do dd/mm/rrrr** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, należycie wykonał lub wykonuje co najmniej:
* **1 usługę serwisu oprogramowania AMMS i Infomedica w jednostce medycznej na kwotę min. 250 000,00 zł brutto rocznie.**

Integralną częścią wykazu muszą być dokumenty potwierdzające, że zamówienia zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

 ......................................

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*