**Załącznik Nr4b do SWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Zamawiający:**

**Główny Inspektorat Farmaceutyczny**

**Wykaz usług**

**(nr postępowania BAG.261.13.2022.ICI)**

**potwierdzający spełnianie wymagań określonych w Części II lit. A SWZ pkt 2.4. ppkt 2).**

**(składany na wezwanie Zamawiającego)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa usługi, przedmiot usługi, jej zakres** | **Podmiot, na rzecz którego wykonano usługę** | **Data wykonania**  **od /do** | **Wartość brutto zrealizowanej usługi /zł/** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

**W załączeniu:**

**- referencje bądź inne dokumenty potwierdzające, że usługi zostały wykonane należycie, wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane.**

Do wykazu załączono ............ egzemplarz(e/y) dokumentów potwierdzających, że zamówienia te zostały wykonane należycie.

*Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, profilem zaufanym lub podpisem osobistym za pomocą dowodu osobistego i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentami potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę*