**Załącznik nr 4 do SWZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nazwa i adres wykonawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn: **„Całodobowe świadczenie usługi ochrony fizycznej osób i mienia Głównego Inspektoratu Sanitarnego przy ul. Targowej 65 w Warszawie”**, oświadczam, co następuje:

Ja niżej podpisany \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ działając w imieniu i na rzecz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oświadczam, że Wykonawca którego reprezentuję, w okresie ostatnich 3 lat od dnia upływu terminu składania ofert (a jeżeli okres działalności jest krótszy – w tym okresie) wykonał następujące usługi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana  (nazwa, siedziba)** | **Termin wykonania usługi (dzień/miesiąc/rok)** | | **Przedmiot (rodzaj)  wykonanych usług potwierdzający spełnianie warunków uczestnictwa** | **Wartość brutto wykonanych usług** |
| **początek** | **koniec** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Jednocześnie do wykazu załączam referencje / inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane.

*dokument należy podpisać*

*podpisem kwalifikowanym*

*lub podpisem zaufanym*

*lub podpisem osobistym*