**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

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

**Zamawiający:**

**Główny Inspektorat Farmaceutyczny**

**Wykaz usług**

**potwierdzający spełnianie wymagań**

**(nr postępowania BAG.260.31.2022.AK)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Terminy wykonania****(od-do)** | **Wartość brutto w zł** | **Podmiot na rzecz którego wykonano zamówienie** **(nazwa, adres)** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_ \_\_\_ 2022 roku

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

 podpis osoby (osób) uprawnionej (ych)

 do reprezentowania Wykonawcy