**Załącznik Nr 9 SWZ**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

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

**Zamawiający:**

**Główny Inspektorat Farmaceutyczny**

**Wykaz usług**

**potwierdzający spełnianie wymagań określonych w pkt 2.4. ppkt 1) lit. A Części II SWZ**

**(nr postępowania BAG.261.12.2024.IP)**

**(składane na wezwanie Zamawiającego)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres Zamawiającego/****Odbiorcy** | **Przedmiot zamówienia**(należy zamieścić informacje pozwalające na jednoznaczne stwierdzanie spełniania warunków udziału) | **Wartość brutto** | **Termin wykonywania zamówienia (dzień-miesiąc- rok)** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |

***Uwaga:***

*Do formularza należy załączyć dokumenty potwierdzające, że zamówienia te zostały wykonane należycie.*

**\* niepotrzebne skreślić**

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 i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentami potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofert*