**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Wykaz usług**

**dotyczy zamówienia pn. Usługa utrzymania czystości pomieszczeń Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego - BAG.261.9.2024.AT.,**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę** (lub innego podmiotu) | **Przedmiot usługi, rodzaj i zakres, opis odpowiadający warunkowi określonemu w SWZ** | **Termin realizacji**  **usługi**  **(od … do … dd.mm.rr)** | **Wielkość powierzchni, na której była świadczona usługa** *(powyżej 1000 m2)* | **Nazwa i adres podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane lub są wykonywane** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Do wykazu załączam dowody określające że powyższe usługi zostały wykonane należycie:*

1. ***………………………….***
2. ***…………………………***