**Załącznik Nr 7 do SWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(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 2 lit. A Części II SWZ**

**(nr post. BAG.261.13.2023.ACZ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |  |  |  |

***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.*