**Załącznik nr 5 do SWZ** (składany na wezwanie) **16/ZP/2024**

**Wykonawca:**

|  |
| --- |
|  |

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

reprezentowany przez:

|  |
| --- |
|  |

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**WYKAZ USŁUG**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostęp do nowych wersji oraz świadczenie opieki serwisowej dla zintegrowanego systemu informatycznego”, nr postępowania 16/ZP/2024** prowadzonego przez Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie, przedkładamy wykaz usług potwierdzający spełnienie warunków udziału w postępowaniu w zakresie zdolności technicznych i zawodowych:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa zamówienia | Przedmiot zamówienia  ( zakres – zgodny z warunkiem udziału w postępowaniu) | DOŚWIADCZENIE  Własne\*/innych podmiotów – Wykonawca winien załączyć do oferty oryginał pisemnego zobowiązania podmiotu udostępniającego\* | Wartość przedmiotu zamówienia brutto w PLN | Data wykonania  od dzień-miesiąc-rok do dzień/miesiąc/rok | Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |

\*\*niepotrzebne skreślić

UWAGA: Do niniejszego wykazu należy załączyć dowody potwierdzające, należyte wykonanie zamówienia