***Załącznik nr 5 do SWZ***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł zamówienia:** | ***Kompleksowe sprzątanie pomieszczeń*** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie Zamawiającego:** | **ABM- ZP-2/2024** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………… |

## WYKAZ USŁUG

## Oświadczamy, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, wykonaliśmy/wykonujemy następujące usługi, w zakresie odpowiadającym wymaganiom określonym w pkt 10.5.4.1. SWZ:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego wykonano/wykonywana jest usługa | Opis przedmiotu umowy/zamówienia (usługi) (*wymagane: usług sprzątania pomieszczeń biurowych*) | Liczba m2 sprzątanej powierzchni *(wymagane: co najmniej 800,00 m2)* | Termin świadczenia usługi (należy podać daty) (*wymagane: co najmniej 12 miesięcy\**) | Zasoby udostępnione przez podmiot trzeci (zaznaczyć TAK lub NIE) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |  |

\*W przypadku wykazywania usługi trwającej wymagane jest, aby usługa (zamówienie) ta była realizowana w okresie co najmniej 12 miesięcy przed złożeniem oferty i w okresie tym polegała na świadczeniu usług sprzątania pomieszczeń biurowych o powierzchni co najmniej 800,00 m2.

***Należy pamiętać o opatrzeniu Wykazu kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym.***