***Załącznik nr 5 do SWZ***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Sprawy: ABM/ZP-3/2023** |  |
| **Wykonawca(y)** *(Nazwa i adres)***:** |  |

## WYKAZ USŁUG

## Oświadczamy, że w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku zdolności technicznej lub zawodowej, odpowiadającym wymaganiom określonym w pkt 10.5.4.1. SWZ w okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonaliśmy następujące usługi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego wykonano usługę | Opis przedmiotu umowy/zamówienia (usługi)\* | Termin(y) wykonania usługi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***\**** *Opis powinien w sposób jednoznaczny potwierdzać spełnianie wymaganego zakresu w warunku udziału*

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