…….................................................................................................................................................................................

(nazwa i adres Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie)

|  |
| --- |
| WYKAZ USŁUG |

Składany *(na wezwanie, przez Wykonawcę, którego oferta zostanie najwyżej oceniona)*, w postępowaniu **DA/XI/2023**, o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji pn.: **„USŁUGI PRZYGOTOWANIA AUDIODESKRYPCJI ZE ŚCIEŻKĄ LEKTORSKĄ I NAPISAMI DLA OSÓB NIESŁYSZĄCYCH WRAZ Z PRODUKCJĄ SUPLEMENTÓW DO KOPII BLU- RAY LUB DCP, DO 5 FILMÓW PEŁNOMETRAŻOWYCH WYŚWIETLANYCH W RAMACH PROJEKTU „KINO BEZ BARIER – EDYCJA POLSKA” W OKRESIE OD PAŹDZIERNIKA DO GRUDNIA 2023 ROKU, DLA CENTRUM KULTURY ZAMEK W POZNANIU. CZĘŚĆ I”.**

W celu potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu dotyczącego zdolności technicznej lub zawodowej, o którym mowa w **Rozdziale V ust. 2 lit. d) pkt i. SWZ,** wykazuję **co najmniej 15** **usług polegających na przygotowaniu audiodeskrypcji wraz ze ścieżką lektorską do zagranicznych (niepolskojęzycznych) pełnometrażowych filmów fabularnych, animowanych lub dokumentalnych:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**  **(OPIS, ZAKRES USŁUGI)** | **DATA WYKONANIA**  **USŁUGI** | **PODMIOT, NA RZECZ, KTÓREGO WYKONANO USŁUGĘ** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |
| **15.** |  |  |  |
| **…** |  |  |  |

oraz **załączam dowody** określające, czy w/w usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, w okresie ostatnich 3 lat lub jeżeli okres wykonywania działalności jest krótszy - w tym okresie.

………………………..………………………….………….….…….………….………………………………………..

***Podpis/podpisy Wykonawcy/Wykonawców zgodny/zgodne z zapisami SWZ***

***kwalifikowany lub zaufany lub osobisty***

*(podpis/podpisy osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców)*