**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Wykonawca:**

……………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ USŁUG**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

DOSTĘP DO NOWYCH WERSJI ORAZ ŚWIADCZENIE OPIEKI SERWISOWEJ DLA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU INFORMATYCZNEGO

 ***nr sprawy ZP/P/01/23***

prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie,

poniżej przedstawiamy wykaz usług:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Przedmiot zamówienia* | *Data wykonania (dzień/miesiąc/rok)* | *Wartość przedmiotu zamówienia (z podatkiem VAT)* | *Zamawiający* |
| *Początek* | *Koniec* |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

Załączamy dokumenty potwierdzające należyte wykonanie wyszczególnionych w tabeli usług.

 ……………………………………….

 *Data; kwalifikowany podpis elektroniczny*

*lub podpis zaufany lub podpis osobisty*