***Załącznik nr 4 do SWZ***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Sprawy:** | **ABP-ZP-2/2022** |

**Wykonawca(y)** *(Nazwa i adres)***:**

## WYKAZ USŁUG

## Oświadczam(y), że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonaliśmy co najmniej trzy usługi polegające na przygotowaniu i realizacji kampanii, w tym jedną usługę dotyczącą przygotowania i realizacji kampanii z obszaru zdrowia, zgodnie z pkt. 10.5.4.1 SWZ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano usługę | Opis przedmiotu**\*** umowy/zamówienia (usługi) | Termin(y) wykonania usługi | Zasoby udostępnione przez podmiot trzeci (zaznaczyć TAK lub NIE”) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Opis przedmiotu umowy/zamówienia (usługi) powinien być na tyle szczegółowo podany, aby pozwolić Zamawiającemu na ocenę spełniania postawionego warunku udziału w postępowaniu.

***Należy pamiętać o opatrzeniu Wykazu kwalifikowanym podpisem elektronicznym.***