***Załącznik nr 4 do SWZ***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr Sprawy:** | **ABM-ZP-14/2022** | |
| **Wykonawca(y)** *(Nazwa i adres)***:** | |  |

## WYKAZ USŁUG

## Oświadczamy, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, wykonaliśmy, w zakresie odpowiadającym wymaganiom określonym w pkt. 10.5.4. SWZ, następujące usługi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego wykonano zamówienie | Opis przedmiotu umowy/zamówienia (*zapewnienia dostępu do bazy danych biofarmaceutycznych o wartości zamówienia nie mniejszej niż 100 000 zł brutto za dostęp w skali 12 miesięcy*) | Termin(y) wykonania zamówienia | Wartość brutto wykonanego zamówienia w skali 12 miesięcy (*nie mniej niż 100 000 zł brutto*) |
|  |  |  |  |  |

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