**Załącznik nr 3**

**WZÓR WYKAZU WYKONANYCH GŁÓWNYCH USŁUG, Z UWZGLĘDNIENIEM USŁUG POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIANIE WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**DLA ZAMÓWIENIA**

**Postępowanie nr 269/2019**

1. **„USŁUGA NA FIZYCZNĄ OCHRONĘ MIENIA I OSÓB W OBIEKCIE INSTYTUTU BIOLOGII MEDYCZNEJ POLSKIEJ AKADEMII NAUK PRZY ULICY TYLNEJ 3A W ŁODZI”**
2. **1. ZAMAWIAJACY:**
3. **Instytut Biologii Medycznej Polskiej Akademii Nauk**
4. **ul. Lodowa 106**
5. **93-232 Łódź**

w okresie ostatnich trzech lat przed dniem składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności gospodarczej jest krótszy w tym okresie wykonywałem/wykonywaliśmy usługi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | przedmiot zamówienia | Wartość zamówienia w złotych brutto  | Data wykonania | Odbiorca |
| początek (miesiąc, rok) | zakończenie (miesiąc, rok)  |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

**Oświadczam(y), że polegam na wiedzy i doświadczeniu:**

1. **własnym \***
2. **innych podmiotów \***

\* niewłaściwe skreślić

**UWAGA**

1. Niniejszy dokument stanowi wykaz usług zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia przez Wykonawcę warunku wiedzy i doświadczenia.
2. Jeżeli Wykonawca polega na wiedzy i doświadczeniu innych podmiotów zobowiązany jest przedstawić pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji wymaganych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.
3. Wykonawca jest zobowiązany załączyć do oferty dokument/dokumenty potwierdzające, że usługi ujęte w wykazie zostały wykonane lub są wykonywane należycie.
4. Jeżeli Wykonawca polega na wiedzy i doświadczeniu innych podmiotów to dokumenty, o których mowa powyżej w pkt.3 winny być wystawione na ten podmiot.

**Podpis(y):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy(ów) | Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej (ych) do podpisaniaoferty w imieniuWykonawcy | Podpis(y) osoby(osób)upoważnionej (ych)do podpisaniaoferty w imieniuWykonawcy | Pieczęć Wykonawcy(ów) | Miejscowość i data |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |