**WYKAZ USŁUG**

**WYKONAWCA:**

Nazwa:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot usługi | Data wykonania usługi(Podać dokładną datęzakończenia,dzień/miesiąc/rokalbo zaznaczyć, żeusługa jest wykonywana) | Wartość wykonanej lub wykonywanej usługi zgodnie z Rozdziałem 4 pkt. 2 OoZ | Nazwa i adrespodmiotu, na rzeczktórego usługazostała wykonana lubjest wykonywana |
| 1. | Całodobowy nadzór i obsługa budynkowych systemów SMT i SMS w tym obsługa co najmniej programów Desigo Insight oraz IFTER |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Adres:

itd.

 *(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy*

*– dotyczy procedury tradycyjnej, w przypadku procedury*

*elektronicznej obowiązuje kwalifikowany podpis elektroniczny zgodnie z OoZ)*