**Załącznik Nr 5 do SWZ**

 **Zamawiający:**

Centrum Psychiatrii w Katowicach im. dr. Krzysztofa Czumy

 ul. Korczaka 27

 40 – 340 Katowice

 *(pełna nazwa/adres)*

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKONAWCA**(pełna nazwa albo imię i nazwisko, siedziba albo miejsce zamieszkania, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności wykonawcy lub nazwy albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania, jeżeli są miejscami wykonywania działalności wykonawców) |  |
| Reprezentowany przez (imię i nazwisko, stanowisko**/**podstawa do reprezentacji)  |  |

 **Wykaz Usług \***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie usług**  | **Wartość usługi w PLN brutto** | **Termin realizacji (od…. do….)** | **Określenie miejsca realizacji i adresu****zamawiającego** | **Dowody dotyczące należytego wykonania usług** |
|  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |

Do wykazu załączam żądane dokumenty szt.: ………………………………………………………………

 ……………………………………….

 ( kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty)

**Uwaga : Oświadczenie** należy podpisać i złożyć w sposób określony w SWZ.

**\* należy zapoznać się z poniższymi uwagami do Wykazu usług :**

**1.UWAGA\*:**

Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć dokumenty (dowody) potwierdzające należyte wykonanie usług (np. referencje, potwierdzenie wykonania i inne dokumenty dopuszczone odpowiednimi przepisami).

Dotyczy Wykonawców, którzy wykonali usługę w ramach konsorcjum : należy *podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG) oraz* zakres usług jaki został wykonany przez poszczególnych Wykonawców oraz za jaką kwotę.

**2.UWAGA\*:**

Zamawiający może sprawdzić wiarygodność danych podanych przez Wykonawcę.