

**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**  
 ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

www.zzozwadowice.pl, email: [sekretariat@zzozwadowice.pl](mailto:sekretariat@zzozwadowice.pl)

***Załącznik nr 2***

***Wykaz wykonywanych usług***

Składając ofertę do zaproszenia na **przeprowadzenie audytu spełnienia wymagań ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa dla ZZOZ w Wadowicach** oświadczam/y, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert w zaproszeniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie, świadczyłem/ liśmy następujące usługi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj i zakres (zakres usługi)** | **Wartość brutto (zł)** | **Okres i miejsce realizacji** | **Podmiot, na rzecz którego usługa była świadczona** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 itd |  |  |  |  |

*Do wykazu należy załączyć dowody określające czy usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa powyżej są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonanie.*

**Zamawiający zastrzega sobie możliwość sprawdzenia u podmiotów wskazanych przez Wykonawcę należyte wykonanie zamówienia**

*............................................... , ............................................................ ,*

*(miejscowość, data) (osoba uprawniona do*

*reprezentowania Wykonawcy)*