Załącznik nr 3

…………………………………………………………

pełna nazwa/firma, adres Wykonawcy /

Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

|  |
| --- |
| **WYKAZ WYKONANYCH USŁUG,**  **w celu oceny spełnienia warunku zdolności technicznej lub zawodowej** |

**Składając ofertę w: Zaproszenie do złożenia oferty cenowej na wykonanie Programu Funkcjonalno Użytkowego dla zadania inwestycyjnego pod nazwą: Przebudowa budynku Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu w lokalizacji przy ul. Żeromskiego 22 na potrzeby realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie stacjonarnej opieki psychiatrycznej w przestrzeni budynkowej w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu**

**Znak sprawy: ZP/148/2024**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj usługi i miejsce wykonania | Czas realizacji  [początek /miesiąc-rok/ i koniec /miesiąc-rok/] | Wartość [PLN brutto] | Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

**Do oferty należy załączyć referencje, lub inne dokumenty potwierdzające wykonanie usługi.**

Ofertę podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e

do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia