**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | **Bankowego Funduszu Gwarancyjnego**  **ul. ks. I. J. Skorupki 4**  **00-546 Warszawa** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usług medycznych dla pracowników Bankowego Funduszu Gwarancyjnego** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający:** | ***DAZ/ZP/6/2021*** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** |  |
| **Adres pocztowy:** |  |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:**  **Telefon:**  **Adres e-mail:** |  |

**Wykaz usług**

Wykaz wykonanych robót budowlanych określonych w pkt. 7.2.3.1 SWZ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data realizacji**  **(od - do)** | **Odbiorca usługi**  **(nazwa i adres)** | **Przedmiot realizacji**  **(wyszczególnić rodzaj usługi)** | **Wartość brutto**  **(w zł)** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

Wykonawca zobowiązany jest załączyć do oferty dowody, dokumenty potwierdzające, że wymienione w wykazie usługi, zostały wykonane należycie – wystawione przez podmioty, dla których je wykonano.

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,   
elektronicznym podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym***