Załącznik nr 8 do SWZ

**Zamawiający: Związek Miast Polskich**

**Wykonawca/podmiot udostępniający zasoby1:**

………………………………….……………………………………………………………….…

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/KRS)*

**reprezentowany przez:**

………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Odbiorca | Data wykonania | Przedmiot usługi \* | Wartość brutto |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Świadczenie usług hotelarsko – restauracyjnych dla celów spotkania oraz zapewnienie sali konferencyjnej w miejscowości Warszawa w dniach 1-2 lutego 2024 r.** składam następujący wykaz wykonanych lub wykonywanych, usług, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane lub są wykonywane, oraz załączeniem dowodów określających czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane lub są wykonywane, a jeżeli wykonawca z przyczyn nie zależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy.

W przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy .

\* **należy wskazać również liczbę uczestników**

Jeżeli wykonawca polega na zdolnościach lub sytuacji innych podmiotów na zasadach określonych w art. 118 - 123 ustawy Pzp obowiązują uregulowania Specyfikacji warunków zamówienia.

Jeżeli wykonawca powołuje się na doświadczenie w realizacji dostaw lub usług, wykonywanych wspólnie z innymi wykonawcami, należy wykazać dostawy lub usługi, w których wykonaniu wykonawca bezpośrednio uczestniczył, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych, w których wykonywaniu bezpośrednio uczestniczył lub uczestniczy.

…………………………………(miejscowość), dnia ……………………2024 r.

……………………………………..……………………

(podpis (y) Wykonawcy/Pełnomocnika)

**1 – niepotrzebne skreślić;**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**