**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Zamawiający**

Gmina Miejska Świdnik

ul. Stanisława Wyspiańskiego 27

21-040 Świdnik

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykaz usług**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Przeprowadzenie szkoleń**

**dla administratorów IT w ramach projektu pn. „Zwiększenie cyberbezpieczeństwa Gminy Miejskiej Świdnik”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz wykonanych usług** | | | | |
| **Lp.** | **Zamówienia obejmujące swoim zakresem przeprowadzenie szkoleń dla administratorów IT**  **o wartości nie mniejszej niż 10 000 zł brutto w każdym zamówieniu** | **Dokładna wartość zamówienia brutto w zł w odniesieniu do warunku udziału w zamówieniu** | **Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego wykonywano określone zamówienie** | **Data wykonania (odbioru) (dzień -miesiąc-rok)** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Do wykazu Wykonawca winien załączyć dowody określające czy ww. zamówienia zostały wykonane lub są wykonywane należycie.**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

|  |  |
| --- | --- |
| …………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r. | …………………………………………  *(podpis uprawnionej osoby (osób) – należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym)* |