**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Nr Postępowania: POST/EOD/EOD/BM/00322/2024**

**Wzór wykazu usług**

**zgodnie z warunkami określonymi**

**w sekcji IV ust. 1 lit b SWZ**

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**

Posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zakupu tj.: oświadczamy, że w okresie ostatnich **5 lat** przed upływem terminu składania ofert w postępowaniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie, **wykonaliśmy (zakończyliśmy), co najmniej dwie usługi audytu bezpieczeństwa systemów informacyjnych wykorzystywanych do świadczenia Usług Kluczowych w rozumieniu ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu na rzecz, którego realizowana była usługa** | ***Zakres prac***  *(usługa polegająca na przeprowadzeniu audytu bezpieczeństwa systemów informacyjnych wykorzystywanych do świadczenia Usług Kluczowych w rozumieniu ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa )* | ***Data zakończenia***  *(wskazanie miesiąca i roku)* |
| 1 |  | *Uwaga: Należy bezwzględnie wskazać zakres Usługi/prac w sposób umożliwiający ocenę spełniania warunku)* | *………………………*  *(mm/rrrr)* |
| 2 |  | *Uwaga: Należy bezwzględnie wskazać zakres Usługi/prac w sposób umożliwiający ocenę spełniania warunku)* | *………………………*  *(mm/rrrr)* |

**Do wykazu załączamy dokumenty potwierdzające należyte wykonanie wskazanych w wykazie prac (np. referencje, protokoły odbioru i inne). Referencje, protokoły odbioru i inne dokumenty wystawione winny być przez odbiorcę usługi.**

**Uwaga: Faktura Vat nie jest dokumentem potwierdzającym należyte wykonanie usługi.**

*……………………….. ……………………………………………………………………..*

*Miejscowość, data Kwalifikowany podpis elektroniczny   
lub inny niż kwalifikowany rodzaj podpisu cyfrowego/****czytelny podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy lub  pieczątka wraz z podpisem***