**Załącznik nr 9 do SWZ**

Nazwa Wykonawcy / Wykonawców

**…………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

Adres **…………………………………………………………………………………………………**

REGON **…………………………………………………**

NIP **………………………………………………………**

KRS/CEIDG **…………………………**

**Wykaz wykonanych usług**

Dotyczy postępowania pn:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa postępowania | **Rozwój e-usług dla Centrum Zdrowia w Mikołowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa II „Cyfrowe Śląskie” Działanie 2.1. „Wsparcie rozwoju cyfrowych usług publicznych”** |
| Znak sprawy | **ZP/21/2022** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu, na rzecz którego roboty zostały wykonane** | **Rodzaj wykonanych usług** | **Miejsce wykonania usług** | **Data wykonania usług** | **Wartość brutto wykonanych usług** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

## 