**WYKAZ ZREALIZOWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ USŁUG**

**w ciągu ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert**

**Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………..……**

**Dane adresowe: ……………………………………………………………………………………………..……**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wykonanych usług – min 1 usługa** | **Wartość brutto** | **Data wykonania** | **Nazwa i adres zleceniodawcy** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Należy wykazać jedynie usługi odpowiadające swoim rodzajem i zakresem przedmiotowi zamówienia wykonywanych w obiektach służby zdrowia. Do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające należyte wykonanie wyszczególnionych powyżej usług.**

…………………………………..

Podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania wykonawcy