**WYKAZ ZREALIZOWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ USŁUG**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wykonanych usług**  | **Wartość brutto** | **Data wykonania** | **Nazwa i adres zleceniodawcy** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |

Należy wykazać jedynie usługi odpowiadające swoim rodzajem przedmiotowi zamówienia zrealizowanych w  szpitalach o podobnej wielkości i podobnym zakresie działalności. Do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające należyte wykonanie wyszczególnionych powyżej usług.

…………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania wykonawcy