

Oznaczenie sprawy: MZUK-EPZ.50.33.2020

nazwa (firma) wykonawcy_____
adres wykonawcy**WYKAZ USŁUG**

dotyczy postępowania: Całodobowe świadczenie zdrowotne dla pacjentów Izby Wytrzeźwień

Wykaz wykonanych w okresie ostatnich trzech lat usług, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie, wymagany jest w celu potwierdzenia warunku określonego w ogłoszeniu.

Lp.	Podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonywane	Wartość	Przedmiot wykonanej usługi [<i>należy określić istotne dla spełnienia warunku udziału w postępowaniu informacje</i>]	Data wykonania

Do wykazu należy dołączyć dowody określające potwierdzające, że wyżej wymienione usługi zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu.

data i miejscowość_____
imię i nazwisko_____
podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej