*Załącznik nr 3 – Wykaz usług*

dotyczy przetargu nieograniczonego na usługę transportu pacjentów dializowanych w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.

znak ZP/2501/82/23

**Pełna nazwa Wykonawcy:**

**Adres Wykonawcy:**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na usługę transportu pacjentów dializowanych w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie przedstawiamy:

**Wykaz wykonanych usług**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Miejsce wykonywania usług (adres), rodzaj obiektu, zakres usług** | **Termin**  **zrealizowania zamówienia** | **Wartość zamówienia brutto** | **Nazwa i adres**  **Zamawiającego** |
|  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Do wykazu należy dołączyć dowody określające czy te 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;

|  |
| --- |
| Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty |
|  |