……….................................................

(miejscowość i data)

................................................

................................................

(nazwa i adres wykonawcy)

**WYKAZ USŁUG MEDYCYNY PRACY**

określonych w pkt 9.1. lit. d ppkt. 2) SWZ

składany w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„Świadczenie usług z zakresu opieki zdrowotnej oraz usług z zakresu medycyny pracy w roku 2025”**

oświadczamy, że:

1. wykazujemy się doświadczeniem, polegającym na wykonaniu w okresie 3 lat przed upływem terminu składania ofert następujących usług, odpowiadających wymaganiom Zamawiającego określonych w pkt 9.1. lit. d, ppkt. 2) SWZ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego usługa została wykonana | Daty wykonania usługi (rozpoczęcie i zakończenie – dzień/miesiąc/rok) | Przedmiot wykonanej usługi  **(rodzaj usługi, nazwa zadania, zakres zadania oraz wartość usługi brutto)\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

W załączeniu przedkładam następujące dowody zgodnie z pkt. 11.1.2 lit. f) SWZ

1. ……………………………………..
2. ……………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(*Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę (osoby) uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*