

.....
(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:

- a) 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) uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

* należy podać wszystkie informacje, pozwalające jednoznacznie stwierdzić czy Wykonawca spełnia warunek określony w pkt 9.1. lit. d) ppkt 2) SWZ.