

Załącznik nr 4

WYKAZ WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH USŁUG.

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Miejscowość

Data

Wykaz wykonanych lub wykonywanych głównych usług, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, opisu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane minimum 3 usługi wraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie wymagany jest w celu potwierdzenia, że wykonawca posiada niezbędną wiedzę oraz doświadczenie.

Lp.	Odbiorca	Data wykonania	Przedmiot wykonanej usługi / dostawy	Wartość brutto
-----	----------	----------------	--------------------------------------	----------------

1

2

3

Dowodami, o których mowa powyżej są poświadczenia, z tym że w odniesieniu do nadal wykonywanych usług okresowych lub ciągłych wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert lub oświadczenie Wykonawcy - jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać poświadczenia.

W niniejszym postępowaniu dopuszczalne jest złożenie zamiast poświadczenia, o którym mowa powyżej, dokumentów potwierdzających należyte wykonanie usług.

Jeżeli dostawy lub usługi wykazane w wykazie zostały wykonane na rzecz Zamawiającego, którym jest SPZOZ Miejsko Gminny Ośrodek Zdrowia w Sośnicowicach, Wykonawca nie ma obowiązku przedkładania dowodów, o których mowa powyżej.

.....
(data i czytelny podpis wykonawcy)