|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..  (nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 6 do SWZ** |
|  | | |
| **dotyczy: przetargu nieograniczonego na świadczenie całodobowych usług odpłatnego transportu medycznego w 2023r, znak sprawy 4WSzKzP.SZP.2612.82.2022** | | |
|  | | |
|  | | |
| **WYKAZ USŁUG** | | |

` Oświadczam, że należycie wykonałem, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych wykonuję, w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia mojej działalności jest krótszy w tym okresie minimum jedną usługę świadczenia całodobowych usług odpłatnego transportu medycznego (lub usługę o podobnym charakterze) o wartości minimum 400 000,00 PLN (słownie: czterysta tysięcy złotych, 00/100), zgodnie z tabelą poniżej:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot usług** | **Wartość usług (umowy) brutto**  **w PLN** | **Data wykonania** | | **Podmiot na rzecz którego usługa była/jest wykonywana**  **(nazwa, adres)** |
| początek (data) | zakończenie  (data) |
| 1. |  |  |  |  |  |

**Wraz z przedmiotowym oświadczeniem, przekazuję dowody określające, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.**