**Załącznik nr 5 do SWZ**

**11/2024**

**dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na obsługę techniczno-gospodarczą obiektów i urządzeń Szpitala Powiatowego w Nowym Mieście Lubawskim sp. z o.o.**

##### Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa.........................................................................................................

Siedziba......................................................................................................

Nr telefonu/faksu.......................................................................................

Nr NIP.........................................................................................................

Nr REGON..................................................................................................

Adres poczty elektronicznej………………………………………………….…………………

**Wykaz wykonanych oraz wykonywanych usług**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wartość usług** | **Przedmiot usług** | **Daty wykonania** | **Podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane lub są wykonywane** |
|  |  |  |  |  |

………………………………………………………………………………………….

Data, kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty

**UWAGA!**

**Do niniejszego wykazu konieczne jest załączenie dowodów, o których mowa w pkt. X 3.1) a) SWZ**