*Załącznik nr 10 do SWZ*

*ZP/11/2024*

*Nazwa postępowania: Świadczenie usług prania bielizny szpitalnej*

*Nr postępowania: ZP/11/2024*

WYKAZ WYKONANYCH USŁUG

min. 2 usługi polegające na praniu bielizny w jednostkach służby zdrowia zrealizowanych

w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert,

o wartości brutto nie mniejszej niż 150 000,00 zł rocznie każda

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego usługi zostały wykonane lub są wykonywane | Przedmiot zamówienia | Miejsce wykonywania usług | Okres wykonywania usług  (od dnia… do dnia…) | Wartość zamówienia brutto w zł |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Uwaga!!!**

Zamawiający wymaga przedstawienia wraz z wykazem dowodów potwierdzających, że wskazane powyżej usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie Wykonawcy. W przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy.

…………..…, dnia ………….……… …............................................

podpis osoby/osób uprawnionych   
 do reprezentacji Wykonawcy

lub pełnomocnika1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty