



**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
Szpital Specjalistyczny MSWiA  
ul. Kańsko 1,  
78-520 Złocieniec**

**Wykonawca:**

.....

.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od  
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

.....

.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do  
reprezentacji)*

**Wykaz zrealizowanych usług**

**Wykaz zrealizowanych** w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy, w tym okresie co najmniej 2 (dwóch) zamówień na wykonanie usługi prania pościeli i bielizny szpitalnej o wartości nie mniejszej niż 80 % wartości brutto złożonej ofert,

Do oferty należy dołączyć potwierdzenie, że wykazane dostawy zostały zrealizowane należycie

Lp.	Przedmiot zamówienia (charakterystyka wykonanej usługi)	Miejsce wykonywania, nazwa zamawiającego	Termin realizacji	Wartość brutto