

WYKAZ USŁUG

Nazwa Wykonawcy:

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres)

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na:
Usługi odbioru i dalszego postępowania z odpadami medycznymi o kodzie 18 01 04 wraz z dostawą pojemników na odpady medyczne

Wykaz wykonanych w okresie ostatnich 3 lat usług, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie, wymagany w celu potwierdzenia spełniania warunku określonego w w Rozdziale VI pkt 3.4 ppkt 1) Specyfikacji Warunków Zamówienia

Lp.	Odbiorca usług (nazwa i adres)	Przedmiot usługi (na potwierdzenie postawionego w SWZ warunku)	Wartość usługi w zł brutto	Data wykonania usługi (zakończenia) dd/mm/rr	Wskazanie, który z Wykonawców w wspólnie ubiegających się o zamówienie realizował usługi
1					
2					
3					
4					

Uwaga: do wykazu należy załączyć dowody określające, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

Dowodami, 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.

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.