

Znak sprawy DAG/02/2020  
Załącznik nr 5 do SIWZ

**ZAMAWIAJĄCY:**

Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej w Łędzinach  
ul. Asnyka 2  
43-140 Łędziny  
Tel. / fax: 32/ 216 77 01

**WYKONAWCA**

.....  
.....

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

reprezentowany przez:

.....  
.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa  
do reprezentacji)

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego  
prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego (Znak sprawy : DAG/02/2020)  
na usługi pn. Kompleksowe świadczenie usług porządkowych w obiektach  
Przychodni należących do Miejskiego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łędzinach  
Oświadczam, że wykonałem\* / wykonuję\* następujące usługi :

**WYKAZ WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH USŁUG ODPOWIADAJĄCYCH  
SWOIM RODZAJEM I WARTOŚCIĄ USŁUGOM STANOWIĄCYM PRZEDMIOT  
ZAMÓWIENIA**  
(zgodnie z wymaganiami SIWZ)

| Lp. | Nazwa i<br>adres<br>Wykonawcy<br>usług | Opis wykonanych usług | Termin<br>rozpoczęcia i<br>zakończenia<br>realizacji<br>usług | Odbiorca usługi<br>(Zamawiający)n<br>azwa, adres,<br>telefon | Wartość<br>zamówienia<br>(złotych<br>brutto) |
|-----|----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|     |                                        |                       |                                                               |                                                              |                                              |
|     |                                        |                       |                                                               |                                                              |                                              |
|     |                                        |                       |                                                               |                                                              |                                              |
|     |                                        |                       |                                                               |                                                              |                                              |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

....., dnia ..... 2020 r.  
*(miejscowość)*

.....  
*(podpis własnoręczny osoby uprawnionej / osób  
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy)*

\* niepotrzebne skreślić

#### **UWAGA**

Do wykazu wykonanych lub wykonywanych usług należy dołączyć dowody (poświadczenia określające czy usługi wykazane w wykazie zostały wykonane lub są wykonywane w sposób należyty lub oświadczenie Wykonawcy – jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać poświadczenia, o którym mowa powyżej)