

Znak sprawy DAG/01/2020  
Załącznik nr 6 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)

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na usługi pn. Świadczenie usług w zakresie przygotowywania i dostawy całodziennego wyżywienia dla pacjentów Oddziału Szpitalnego Rehabilitacji Narządu Ruchu ul. Pokoju 17, 43-143 Łędziny 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 adres Wykonawcy usług	Opis wykonanych usług	Termin rozpoczęcia i zakończenia realizacji usług	Odbiorca usługi (Zamawiający) Podać : nazwę, adres oraz telefon	Wartość zamówienia (złotych brutto)

....., dnia ..... 2020 r.

(miejsowość)

.....  
(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)