**załącznik nr 8 do SWZ**

## WYKAZ USŁUG

Dotyczy udzielenia zamówienia publicznego na:

**Usługa zorganizowania spotkania integracyjnego dla pracowników, emerytów oraz rodzin pracowników Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego**

**nr postępowania GUM2024 ZP0040**

Nazwa (firma) i adres Wykonawcy/podmiotu trzeciego\* wykazującego spełnianie warunku udziału w postępowaniu dotyczącego zdolności zawodowej:

*\*) niepotrzebne skreślić*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Rodzaj zamówienia(Nazwa wykonywanej usługi) | **Wartość usługi zł brutto/rok** | **Termin realizacji** | | **Nazwa Zleceniodawcy**  **i miejsce wykonania** |
| **Data rozpoczęcia** | **Data zakończenia** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

Uwaga:

Do wykazu należy dołączyć dowody określające, czy w.w usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane. W przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

...............................................

*miejscowość, data*