**Załącznik nr 4 do SWZ**

**11/2021**

**Zamawiający:**

Szpital Powiatowy w Nowym Mieście Lubawskim spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

ul. Mickiewicza 10

13-300 Nowe Miasto Lubawskie

**dot. postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługę żywienia pacjentów Szpitala Powiatowego w Nowym Mieście Lubawskim sp. z o.o.**

##### Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa.........................................................................................................

Siedziba......................................................................................................

Nr telefonu/faksu.........................................................................................

Nr NIP.........................................................................................................

Nr REGON..................................................................................................

Adres poczty elektronicznej……………………………………………………

**Wykaz wykonanych oraz wykonywanych usług**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wartość usług** | **Przedmiot usług** | **Daty wykonania** | **Podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane lub są wykonywane** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

**UWAGA!**

**Do niniejszego wykazu konieczne jest załączenie dowodów, o których mowa w pkt. 8.1) Rozdziału X SWZ**