Załącznik Nr 8 do SWZ

Wykonawca..........................................................................................

Adres: ……………………………………………………………………….

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH USŁUG**

**WYKONANYCH W CIĄGU OSTATNICH 3 LAT**

**a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | **Zamawiający:**nazwa i adres, telefon | **Wykaz zrealizowanych usług****( krótki opis)** (usługi muszą potwierdzać spełnienie warunków postawionych przez Zamawiającego)\* | **Miejsce wykonania usług**(adres) | **Data rozpoczęcia usług** (dzień, miesiąc, rok) | **Data zakończenia usług**( dzień, miesiąc, rok)  | **Wartość należycie wykonanych usług** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |

\*Należy wykazać się realizacją **co najmniej 2 zadań, polegających na świadczeniu usług medycyny pracy dla podmiotu zatrudniającego minimum 200 pracowników, każde zadanie**, oraz złożyć dowody potwierdzające, że usługi te zostały wykonane należycie.

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***