

 **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**
 ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

 www.zzozwadowice.pl, email: sekretariat@zzozwadowice.pl

***Załącznik nr 2***

***Wykaz wykonywanych usług***

Składając ofertę do zaproszenia na **świadczenie usługi radiołączności** **dla Wadowickiego Pogotowia Ratunkowego ZZOZ w Wadowicach** oświadczam/y, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert w zaproszeniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie, świadczyłem/ liśmy następujące usługi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj i zakres (zakres usługi)** | **Wartość brutto (zł)** | **Okres i miejsce realizacji** | **Podmiot, na rzecz którego usługa była świadczona** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

**Zamawiający zastrzega sobie możliwość sprawdzenia u podmiotów wskazanych przez Wykonawcę należyte wykonanie zamówienia**

*............................................... , ............................................................ ,*

 *(miejscowość, data) (osoba uprawniona do*

*reprezentowania Wykonawcy)*