

Załącznik nr 8 do SWZ - WYKAZ USŁUG

My, niżej podpisani:

Działając w imieniu i na rzecz:

(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)

(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy(firmy) i dokładne adresy wszystkich współników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego bez negocjacji, **numer sprawy: PN 14/24**

OŚWIADCZAM(Y), ŻE:

w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert do postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy –w tym okresie- wykonywałem*/wykonuję **minimum 3 usługi w zakresie transportu Z i/lub T o łącznej wartości nie mniejszej niż 100.000,00 PLN**

LP	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	NAZWA I ADRES ODBIORCY	WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA	CZAS REALIZACJI		NR STRONY OFERTY Z DOKUMENTEM POTWIERDZAJĄCYM NALEŻYTE WYKONANIE DOSTAWY	Doświadczenie własne/Wykonawca polega na zasobach innych podmiotów **
				OD (DD/MM/RR)	DO (DD/MM/RR)		
							Własne/oddane do dyspozycji*

.....
(podpis)

PN 14/24 - świadczenie usługi transportu sanitarnego w zakresie przewozu pacjentów
Ran Przewlekłych u Zamawiającego i powrót.

z miejsca zamieszkania do Poradni Leczenia