**Załącznik nr 5 do SWZ**

## WYKAZ USŁUG

Dotyczy zamówienia na **kompleksowa usługę sprzątania i utrzymania czystości w pomieszczeniach Uniwersyteckiego Centrum Stomatologicznego**

**nr postępowania: 1/2024/sprzątanie**

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

…………………………………………………………………………………

*\*) niepotrzebne skreślić*

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

Uwaga:

Do wykazu należy dołączyć dowody określające, że w/w usługa została wykonane lub jest wykonywana należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługa była wykonywana, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych jest wykonywana. 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.