**Załącznik nr 6 do SWZ**

Nazwa Wykonawcy / Wykonawców **……………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………**

Adres **………………………………………………………………………………………………………………**

REGON **…………………………………………………,** NIP **…………………………………………,**

Nr KRS **…………………………………….**

CEIDG

Dotyczy postępowania pn:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa postępowania | **„Świadczenie usług w zakresie transportu pacjentów do Stacji Dializ Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o. w Świnoujściu”** |
| Znak sprawy |  |

**WYKAZ USŁUG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis usługi** | **Wartość** | **Podmiot zlecający usługę,**  **miejsce wykonania** | **Data wykonania** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

......................................................, dn. ...............................

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

(*podpis elektroniczny osób/y uprawnionych do reprezentacji wykonawcy, w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców zgodnie z SWZ* zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*)