**Załącznik nr 8 do SWZ**

**Wykonawca:**

…………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ USŁUG POTWIERDZAJĄCYCH OKOLICZNOŚCI, O KTÓRYCH MOWA**

**W ROZDZIALE V UST. 1 PKT 4 SWZ WYKONANYCH W OKRESIE 3 LAT PRZED UPŁYWEM TERMINU SKŁADANIA OFERT, A JEŻELI OKRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI JEST KRÓTSZY – W TYM OKRESIE**

**„Zakup materiałów i akcesoriów do pracy terapeutycznej wraz z dostawą”**

nrROPSIII.5.1.1.2024.WG

Nazwa Wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Data wykonania ( od-do )** | **Wartość****zamówienia** | **Podmiot na rzecz którego usługi zostały wykonane** |
| 1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***elektroniczny podpis osoby/ osób uprawnionych***

***do wystąpienia w imieniu Wykonawcy***