# Załącznik nr 7 do SWZ

Znak sprawy: **ZPZ-43/10/24**

**Wykonawca:**

…………………………

 (nazwa, adres )

**WYKAZ**

 **wykonanych w ciągu ostatnich trzech lat usług**

zgodnie z przedmiotem zamówienia, tj. usługa serwisowa na naprawy/przeglądy sprzętu producenta Varian Medical Systems.

|  | **Informacje dotyczące Zamawiającego, u którego wykonano usługę** | **Informacje dotyczące zrealizowanej usługi** | **Wartość usługi** | **Termin wykonania usługi****( w ciągu ostatnich 3 lat)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **od**…………**do**……….. |
| **1** | Nazwa i adres Zamawiającego:………………………………………….………………………………………….………………………………………….. | Rodzaj usługi:………………………………….Nazwa nadana przez Zamawiającego:…………………………………..………………………………….…………………………………. | …………………. | ……………………….. |
| Miejsce wykonania usługi:…………………………………….. |
| **2** | Nazwa i adres Zamawiającego:………………………………………….………………………………………….………………………………………….. | Rodzaj usługi:………………………………….Nazwa nadana przez Zamawiającego:…………………………………..………………………………….…………………………………. | …………………. | ……………………….. |
| Miejsce wykonania usługi:…………………………………….. |

 *(Zamawiający określił warunki udziału w SWZ )*

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

 /podpis Wykonawcy/