# 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/