**Nazwa zamówienia: „Zaprojektowanie i wykonanie centrum rehabilitacji społeczno-leczniczej na terenie Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica sp. z o.o. w ramach Projektu „Poprawa funkcjonalności i efektywności kosztowej leczenie psychiatrycznego w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim Drewnica”**

**[Znak sprawy: 15/PN/2020 ]**

*Załącznik nr 3 do SIWZ*

*[Znak sprawy: 15/PN/2020 ]*

Pieczęć Wykonawcy

**WYKAZ WYKONANYCH ROBÓT**

**w okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | ***Charakterystyka robót***  **(podać / opisać zgodnie z Rozdz. V ust. 1 SIWZ)** | **Miejsce wykonania robót, Odbiorca** | **Data wykonania robót** | | |
| **Początek**  **(DD-MM-RRRR)** | **Koniec**  **(DD-MM-RRRR)** | **WARTOŚĆ ROBÓT** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **1.** | *Podać co najmniej:*  *- krótki opis robót*  *- nazwę budynku / opis, którego dotyczyły roboty*  … | … | … | … |  |

***Uwaga:***

***Do wykazu należy dołączyć dowody określające, czy roboty ujęte w w/w wykazie zostały wykonane należycie, w szczególności zgodnie z przepisami prawa budowlanego i prawidłowo ukończone.***

***Wykonawca modyfikuje powyższą tabelę w zależności od potrzeb i ilości wykazywanych usług z zastrzeżeniem, że nie mogą zostać pominięte podstawowe informacje w niej zawarte.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy (ów)** | **Podpis(y) osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy(ów)** | **Pieczęć(cie) Wykonawcy(ów)** | **Miejscowość**  **i data** |
| 1) |  |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |  |