*Załącznik nr 7 do SWZ*

**„Wykaz usług”**

1. W związku z udziałem w postępowaniu pn. „Pogwarancyjna obsługa serwisowa wraz z naprawami sprzętu medycznego dla Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”, numer postępowania: AZP.2411.75.2021.AJ,jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia w celu potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu określonego w SWZ przedstawiam następujące usługi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot usługi** | **Wartość** | **Data**  **wykonania usługi** | **Podmioty, na rzecz których**  **usługi zostały wykonane** |
| 1. |  |  | od ………………….…  do ……………….…… |  |
| 2. |  |  | od ………………….…  do ……………….…… |  |
| 3. |  |  | od ………………….…  do ……………….…… |  |

1. W załączeniu przedstawiam dowody potwierdzające należyte wykonanie usług wskazanych w wykazie.