|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu**  Aleja Legionów 10, 41-902 Bytom, NIP 626-25-10-567, **REGON** 000296271  tel. +48 323 964 500, e-mail: [szpital@szpital4.bytom.pl](mailto:szpital@szpital4.bytom.pl), [www.wss4.pl](http://www.wss4.pl/) | | | **Załącznik nr 5 do SWZ** | |
| **WYKAZ ROBÓT BUDOWLANYCH** | | |
|  | | | | | | |
|  | Nazwa zamówienia | |  | **Modernizacja dachu budynku A-1 Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu** | |  |
|  |  | |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE WYKONAWCY** | | | | | | | | | | | |
|  | Nazwa | | |  | | | | | | |  |
|  | Adres – Ulica nr domu / nr lokalu | | |  | | | | | | |  |
|  | Adres – Kod pocztowy, miejscowość | | |  | | | | | | |  |
|  | REGON | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | |  |  | | | | | |  |
| 1. **OŚWIADCZENIE** | | | | | | | | | | | |
|  | Wykaz wykonanych robót budowlanych potwierdzający spełnianie warunku posiadania wiedzy i doświadczenia.  Oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie wykonałem należycie w ramach jednego zamówienia (jednej umowy) roboty budowlane polegające na modernizacji lub remoncie dachu o powierzchni co najmniej 1.500,00 m2 krytego dachówką ceramiczną lub betonową na budynku zlokalizowanym na obszarze objętym ochroną konserwatora zabytków oraz załączam dokumenty potwierdzające należyte wykonanie zamówienia. | | | | | | | | | |  |
| 1. **WYKONANE ROBOTY** | | | | | | | | | | | |
|  | Lp. | Nazwa i adres  Zamawiającego, na rzecz którego wykonywane były roboty budowlane, zgodnie z Rozdziałem XVII pkt 2.4.lit.a) SWZ | | | | | Nazwa zamówienia/  Miejsce | | Powierzchnia  w m2 | Data wykonania od - do (dd/mc/rok) |  |
|  |  |  | | | | |  | |  |  |  |
|  |  | | |  |  | | | | | |  |
| 1. **AUTORYZACJA** | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  | | ( data ) | | |  | | *( podpis osoby uprawnionej ze strony Wykonawcy )* | | |  |

\* *niepotrzebne skreślić*