……………………………*................ dn. ....................*

 *(Wykonawca)*

**Usługa całodziennego żywienia pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie – sprawa 104/2024**

***Wykaz środków transportu które posiada lub którymi dysponuje wykonawca***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Pojazd***  | ***Rok produkcji samochodu*** | ***Numer rejestracyjny*** | ***Podstawa dysponowania*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\*w przypadku składania oferty należy wypełnić dla każdego pakietu osobno*

*...............................................................                         ................ dn. ....................*

 *(Wykonawca)*

**WYKAZ USŁUG**

  **Usługa całodziennego żywienia pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie – sprawa 104/2024**

wykaz wykonanych lub wykonywanych głównych  usług w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie: z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz załączyć dokument potwierdzający, że te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa Odbiorcy | Wartośćbrutto (PLN) | Zakres przedmiotowy | DatyRozpoczęcia/zakończenia |
|     |   |   |   |   |
|     |   |   |   |   |
|     |   |   |   |   |
|     |   |   |   |   |
|     |   |   |   |   |

**Do wykazu należy dołączyć dokumenty** potwierdzające, że usługi te zostały wykonane należycie.

*...............................................................                         ................ dn. ....................*

 *(Wykonawca)*

  **Usługa całodziennego żywienia pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie – sprawa 104/2024**

Oświadczamy, że:

**dysponujemy osobą dietetyka**:

Imię i nazwisko ……………………………………………

Kwalifikacje ……………………………………….

Forma dysponowania ………………………..

**Dysponujemy kuchnią oraz kuchnią zastępczą:**

Kuchnia (adres) …………………………………………………………………….

Forma dysponowania ……………………………….

Kuchnia zastępcza (adres) ………………………………………………………….

Forma dysponowania ………………………………..