Załącznik Nr 10 do SWZ

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA USŁUGI: | **Ubezpieczenia zdrowotne dla pracowników**  **Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny** |
| ZAMAWIAJĄCY: | Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny  44-100 Gliwice, ul. Karola Miarki 12-14,  NIP: 6312691891, REGON: 000026867  KRS nr 0000846236 - Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy KRS  [www.git.lukasiewicz.gov.pl](http://www.git.lukasiewicz.gov.pl)  tel.: +48 32 234 52 05  e-mail:[sekretariat@git.lukasiewicz.gov.pl](mailto:sekretariat@git.lukasiewicz.gov.pl) |
| WYKONAWCA: | Nazwa: ………………………………………………………………………………………  Siedziba: …………………………….………………………………………………………  NIP: ……………………………………, Regon: …………………………………………. |

**WYKAZ USŁUG**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługę **Ubezpieczenia zdrowotne dla pracowników Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny** SWZ nr **DZ/0270/ZP-27/2024** oświadczamy, że w ostatnich trzech latach poprzedzających termin otwarcia ofert wykonaliśmy lub nadal wykonuje usługi zdrowotnego ubezpieczenia grupowego dla pracowników, obejmujące ochroną ubezpieczeniową **minimum 250 osób każda** dla następujących różnych podmiotów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **2** | **3** |
| Nazwa podmiotu |  |  |  |
| Przedmiot usługi |  |  |  |
| Okres realizacji usługi |  |  |  |
| Liczba ubezpieczonych |  |  |  |
| Wartość usługi |  |  |  |

- Na potwierdzenie, że wymienione powyżej usługi zostały wykonane lub są nadal wykonywane należycie przedstawiamy otrzymane **referencje**.

lub \*

- Oświadczamy, że powyżej wymienione usługi zostały wykonane lub są nadal wykonywane należycie a z przyczyn obiektywnie niezależnych nie jesteśmy w stanie uzyskać dokumentów potwierdzających ten fakt.

*/podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy w formie elektronicznej – podpis kwalifikowany lub podpis zaufany lub podpis osobisty/*

\*Niepotrzebne skreślić