Załącznik Nr 6 do SWZ

......................................................

Nazwa i adres Wykonawcy

**WYKAZ USŁUG**

**w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku zdolności technicznej lub zawodowej (art. 112 ust. 2 pkt 4) Pzp)**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa w zakresie żywienia pacjentów SP ZOZ Szpitala Powiatowego w Piszu**, nr sprawy P/8/2024, przedkładam(y) wykaz usług wykonanych/wykonywanych w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert (a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy to w tym okresie):

- co najmniej **jedno zamówienie** odpowiadającą swoim rodzajem przedmiotowi zamówienia realizowanego w formie cateringu o wartości rocznej min. **300.000,00 zł** brutto, polegające na usłudze żywienia pacjentów

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia (wskazujący na rodzaj i zakres zrealizowanego zamówienia)** | **Wartość zamówienia brutto** | **Data wykonania** | **Podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane lub są wykonywane** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

……………………………….(miejscowość), dnia …………………. r.

Wykonawca/ właściwie umocowany przedstawiciel podpisuje dokument kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym