**Załącznik nr 6 do SWZ**

**14/2024**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługi utrzymania czystości, wykonywanie prac pomocniczych przy pacjencie i prac porządkowych (postępowanie
nr 14/2024)**

**WYKAZ USŁUG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot, rodzaj usługi (opis)** | **Wartość brutto** **w PLN\*)** | **Data wykonania usługi od … do … (zgodnie z zawartą umową, nr umowy)** | **Podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane lub są wykonywane** **(nazwa i adres)** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

Miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**UWAGA!**

**Zamawiający wymaga wykazania tylko usług o rocznej wartości co najmniej 500.000 zł (pięćset tysięcy złotych 00/100) brutto każda.**

**Do niniejszego wykazu należy załączyć dowody zgodnie z pkt X 3. 1) SWZ**