**Załącznik nr 2**

…………………………………………………………

pełna nazwa/firma, adres Wykonawcy /

Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

|  |
| --- |
| **WYKAZ WYKONANYCH USŁUG,****w celu oceny spełnienia warunku zdolności technicznej lub zawodowej** |

**Składając ofertę w postępowaniu na wykonanie usługi zapewnienia specjalistycznej i kompleksowej ochrony fizycznej osób w Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu przy ul. Komeńskiego 35.** **Znak sprawy: PK/102/2022.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj usługi i miejsce wykonania | Czas realizacji[początek /miesiąc-rok/ i koniec /miesiąc-rok/] | Wartość [PLN brutto]  | Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

............................., dnia ........................ Ofertę podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e

do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia