Załącznik nr 7 do SWZ

**WYKAZ USŁUG**

**Nazwa Wykonawcy** ........................................................................................................................................................

**Adres Wykonawcy** ...........................................................................................................................................................

**Miejscowość** ............................................................... **Data** ...........................................................................................

**Wykaz usług** wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 (trzech) lat przed upływem terminu składania ofert,   
a jeżeli okres działaności jest krótszy – w tym okresie, **co najmniej 2 (dwie)** **usługi serwisowe tożsamego, z przedmiotem niniejszego zamówienia sprzętu medycznego,** **na łączną kwotę 100 000,00 PLN brutto,**  wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania   
i podmiotów, na rzecz których usługi te zostały wykonane.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa Zamawiającego | Wartość  brutto (PLN) | Zakres przedmiotowy | Daty  Rozpoczęcia/zakończenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**UWAGA: Do Wykazu Usług** należy dołączyć dokumenty - dowody potwierdzające, że usługi te zostały wykonane należycie lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są **referencje** bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a wprzypadku śwIadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli   
z uzasadnionej przyczyny o obiektywanym chrakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – Oświadczenie Wykonawcy. W przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzajace ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.