Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego
51-149 Wrocław, ul. Koszarowa 5
NIP: 895-16-31-106, Regon: 000290469
tel. cent. 71/325-03-56 do 59; 71/326-13-27 do 31; sekretariat 71/395-74-26; fax 71/326-06-22

DOLNY ŚLĄSK

Załącznik nr 8 do SWZ
Nr sprawy: **PN 08/23**

Wykonawca:

……
(Nazwa firmy, adres)

WYKAZ USŁUG

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na wykonanie zamówienia pn.:
„Opracowanie ostatecznej koncepcji oraz kompleksowej dokumentacji projektowej na budowę Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu"

na potwierdzenie spełnienia warunku posiadania zdolności technicznej lub zawodowej opisanego przez Zamawiającego, oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert, albo w okresie prowadzenia działalności, jeśli jest krótszy niż 5 lat, wykonałem należycie następujące zamówienia:

Lp.	Nazwa zamówienia	Przedmiot zamówienia (przedmiot musi spełniać warunek określony w pkt. 5.2.4) lit. b) SWZ)	Termin wykonania (od – do)	Podmiot, na rzecz którego usługę wykonano (nazwa firmy)
1	2	3	4	5
1	……..	Wykonanie projektu budowlanego obejmujące co najmniej obiekt medyczny min. 2000 m2	……..	……..
2	……..	Wykonanie projektu budowlanego obejmujące co najmniej obiekt oświaty min. 750 m2	……..	……..
3	……		……	……..

4	……..		……..	……..
…				

*niepotrzebne skreślić

Uwaga:
Wraz z wykazem usług należy przedłożyć dowody określające, czy powyższe usługi zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie Wykonawcy.

Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym