|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..  (nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 4 do SWZ** |
|  | | |
| dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym na świadczenie całodobowych usług odpłatnego transportu medycznego w latach 2021-2022, znak sprawy:  4 WSzKzP.SZP.2612.46.2021 | | |
|  | | |
|  | | |
| **WYKAZ USŁUG** | | |

` Oświadczam, że należycie wykonałem, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych wykonuję, w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia mojej działalności jest krótszy w tym okresie minimum jedną usługę świadczenia całodobowych usług odpłatnego transportu medycznego (lub usługę o podobnym charakterze) o wartości minimum 100 000,00 PLN (słownie: sto tysięcy złotych, 00/100), zgodnie z tabelą poniżej:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot usługi** | **Wartość usługi (umowy) brutto**  **w PLN** | **Data wykonania** | | **Podmiot na rzecz którego usługa była/jest wykonywana**  **(nazwa, adres)** |
| początek (data) | zakończenie  (data) |
| 1. |  |  |  |  |  |

Wraz z przedmiotowym oświadczeniem, przekazuję dowody określające, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.