**WZÓR**

**Załącznik nr 8 do SWZ**

**Oznaczenie postępowania: 45/ZP/PN/U/24**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(pieczęć firmowa Wykonawcy)

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

Dotyczy: **Kompleksowa usługa serwisowa sprzętu dla potrzeb Pabianickiego Centrum Gastroenterologii, Endoskopii i Chirurgii Małoinwazyjnej w podziale na II części**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot usług** | **Wartość brutto  w PLN** | **Data wykonania** | | **Odbiorca**  **(nazwa, adres)** |
| **Początek**  **(data- mc/rok)** | **Zakończenie**  **(data – mc/rok)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |

.....................................dn. .............. 2024r.

Miejscowość / Data

......................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) |