**Załącznik Nr 5 do SWZ**

**KOMPLEKSOWA USŁUGA PRANIA I DEZYNFEKCJI BIELIZNY SZPITALNEJ**

**DLA POTRZEB JEDNOSTEK**

**WOJEWÓDZKIEGO CENTRUM SZPITALNEGO KOTLINY JELENIOGÓRSKIEJ**

**nr referencyjny: ZP/PN/19/03/2023**

**WYKAZ USŁUG**

Wykaz usług wykonanych, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych, **w okresie ostatnich 3 lat**, licząc od dnia złożenia oferty, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - **w tym okresie**, stanowiący załącznik Nr 5 do SWZ.

Wykonawca spełni warunek, jeżeli wykaże, że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonał lub wykonuje przez okres minimum 12 miesięcy, co najmniej 2 usługi kompleksowego prania i dezynfekcji bielizny szpitalnej w obiektach związanych z prowadzeniem działalności leczniczej, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 ze zm. ) o wartości nie mniejszej niż 500 000,00 zł brutto każda usługa.

**Do wykazu należy dołączyć dowody potwierdzające, że usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.** Dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie Wykonawcy. W przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie **ostatnich 3 miesięcy.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis zamówienia** | **Wartość zamówienia brutto (PLN)** | **Termin realizacji**  **(miesiąc i rok)** | | **Nazwa i adres Zamawiającego** |
| **Rozpoczęcie** | **Zakończenie** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Data, miejscowość oraz podpis(-y):

……………………………………………………………………………………………………………………….

*(Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem  
elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy.)*