**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

**Ja/ My, niżej podpisany/ni\*:**

imię i nazwisko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-funkcja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-funkcja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-funkcja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**działając w imieniu i na rzecz\*:**

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

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

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

*(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy(firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)*

przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji pn.**„Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy wraz z pakietem medycznym dla pracowników Polskiego Instytutu Sztuki Filmowej.”. „Zamówienie”**

**numer sprawy: 1/2025/DFK,**

ogłoszonym przez Polski Instytut Sztuki Filmowej, ul. Leona Kruczkowskiego 2, 00-412 Warszawa,

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**

w okresie ostatnich 3 lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie w.w. zamówienia,   
a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie wykonałem (wykonaliśmy)/ nadal wykonujemy, następujące usługi, które wypełniają przesłanki wymogu stawianego przez Zamawiającego w SWZ[[1]](#footnote-1):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zamówienia** | **Nazwa (firma) zamawiającego, adres\*** | **Przedmiot zamówienia**  (zakres rzeczowy)\* | **Okres realizacji**  **data rozpoczęcia / data zakończenia**  (dzień/miesiąc/rok)\* | **Wartość brutto  w PLN** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

**Do powyższego wykazu dołączam dokumenty potwierdzające, że usługi podane   
w wykazie zostały wykonane / są wykonywane należycie (np. referencje)\*:**

poz. 1 tabeli - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

poz. 2 tabeli - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam/y, że wszystkie informacje podane w niniejszym wykazie są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

\*- miejsca do uzupełniania przez Wykonawcę

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

*(miejscowość)*

1. *Zamawiający uzna warunek co do* zdolności technicznej lub zawodowej *za spełniony, jeśli:*

   *Wykonawca wykaże, że wykonał należycie, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonuje, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie co najmniej 2 odrębne usługi, w zakresie usług medycznych w tym w zakresie co najmniej: medycyny pracy, lekarza internisty, lekarza pediatry, lekarza okulisty, lekarza kardiologa, lekarza ginekologa o wartości nie mniejszej niż 300 000,00 zł (słownie: trzysta tysięcy złotych 00/100) brutto każda, zgodnie z § 7.1.2 d) SWZ.* [↑](#footnote-ref-1)