### Załącznik nr 8 do SWZ Numer sprawy MCZ/TPż/2024IV

WYKAZ USŁUG

Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………..

Adres Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………

*Oświadczam, że zrealizowałem/realizuję, ciągu ostatnich 3 (trzech) lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, co najmniej 1 porównywalną usługę żywienia całodziennego w* podmiotach leczniczych realizujących świadczenia szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne w rozumieniu ustawy o działalności lecznicze, ***świadczonych przez okres 12 miesięcy w ramach jednej umowy***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego usługa została wykonana/jest wykonywana** | **Przedmiot zamówienia potwierdzający spełnienie warunku udziału** | **Termin realizacji****od dd/mm/rrrr****do dd/mm/rrrr** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Należy dołączyć dowody potwierdzające, że usługi te zostały wykonane/są wykonywane należycie (Rozdział XVIII SWZ).

.................. dnia .............

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

 *(podpis Wykonawcy)*