Załącznik nr 5 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

……………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: ………………………………………………….

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ USŁUG**

1. **OŚWIADCZAM/Y, ŻE** wykonałem/wykonaliśmy, bądź wykonuję/wykonujemy następujące USŁUGI:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Odbiorca**  **Usług**  (nazwa, adres) | **Miejsce wykonania/ wykonywania usług**  (miejscowość, adres) | **Zakres usług** | **Czas realizacji** | | **Wartość usług**(wykonanych /wykonywanych)  z podatkiem VAT (brutto)  (PLN) |
| **początek**  (data) | **koniec**  (data) |
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
|  |  |  |  |  | Wartość całej umowy: ……………………………… zł. brutto  \* *za okres wskazany w kol. 04 i 05* |
| Wartość umowy za okres ostatnich 12 m-cy:  …………………….….…… zł. brutto  \**należy wypełnić jeżeli zamówienie obejmuje usługi realizowane powyżej 12 m-cy* |
|  |  |  |  |  | Wartość całej umowy: ……………………………… zł. brutto  \* *za okres wskazany w kol. 04 i 05* |
| Wartość umowy za okres ostatnich 12 m-cy:  …………………….….…… zł. brutto  \**należy wypełnić jeżeli zamówienie obejmuje usługi realizowane powyżej 12 m-cy* |

1. **UWAGA: wykonawca jest zobowiązany dołączyć do wykazu dowody określające, czy usługi te zostały wykonane/ są wykonywane należycie.**
2. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
3. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***