

**TP 24/23 – świadczenie usługi transportu sanitarnego w zakresie przewozu pacjentów z miejsca zamieszkania do Poradni Leczenia Ran Przewlekłych u Zamawiającego i powrót**

**My, niżej podpisani:**

.....  
.....

**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 współników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)*

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji pn. **TP 24/23 – świadczenie usługi transportu sanitarnego w zakresie przewozu pacjentów z miejsca zamieszkania do Poradni Leczenia Ran Przewlekłych u Zamawiającego i powrót**

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**

w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert do postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy –w tym okresie wykonywałem\*/wykonuję min. 3 usługi w zakresie transportu T i/lub P o łącznej wartości nie mniejszej niż 20 000.00 PLN

TP 24/23 – świadczenie usługi transportu sanitarnego w zakresie przewozu pacjentów z miejsca zamieszkania do Poradni Leczenia Ran Przewlekłych u Zamawiającego i powrót

LP.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	NAZWA I ADRES ODBIORCY	WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA	CZAS REALIZACJI		NR STRONY OFERTY Z DOK. POTWIERDZAJĄCYM NALEŻYTE WYKONANIE DOSTAWY	Doświadczenie własne/Wykonawca polega na zasobach innych podmiotów **
				OD (DD/MM/RR)	DO (DD/MM/RR)		
							Własne/oddane do dyspozycji*

.....

(podpis)