**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Miejsce wykonywanych usług, nazwa i adres Zamawiającego** | **Przedmiot wykonanych usług obejmujących swoim zakresem przeglądy serwisowe, konserwację lub naprawy sprzętu medycznego lub aparatury medycznej** | **Termin usługi data (dzień-miesiąc-rok) –**  **(od -do)** | **Wartość zamówienia brutto w PLN** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

*.....................................................*

*pieczęć i podpis Wykonawcy*

Należy wykazać usługi obejmujące swoim zakresem przeglądy serwisowe, konserwację lub naprawy sprzętu medycznego lub aparatury medycznej w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie wraz z załączeniem dowodów określających, czy te usługi zostały wykonane w sposób należyty, czy usługi te zostały wykonane należycie, zawierały jednoznaczne i nie budzące wątpliwości potwierdzenie należytego wykonania i nie zawierały sprzecznych z wykazem informacji.