Załącznik nr 4 do SIWZ

**Zamawiający:**

Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

ul. Prusicka 53-55, 55-100 Trzebnica

Wykonawca: ………………………..……………………………………………………………..

**WYKAZ USŁUG**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, pn.

**„Świadczenie usług odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych”**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Odbiorca**  **Usług**  (nazwa, adres) | **Miejsce wykonania/ wykonywania usług**  (miejscowość, adres) | **Zakres usług** | **Tonaż**  ***(min. 50 000 kg)*** | **Czas realizacji** | | **Wartość usług** (wykonanych /wykonywanych)  z podatkiem VAT (brutto)  (PLN) |
| **początek**  (data) | **koniec**  (data) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**UWAGA: wykonawca jest zobowiązany dołączyć do wykazu dowody określające, czy te usługi zostały wykonane/ są wykonywane należycie.**

................................,dnia ........................r.

*(Miejscowość)*