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)*