

.....
nazwa (firma) i adres Wykonawcy

WYKAZ USŁUG

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn.:

**„ Odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych wytwarzanych w Wojewódzkim Szpitalu
Specjalistycznym we Wrocławiu przy ul. Kamińskiego 73a i w Oddziale Zamiejscowym przy
ul. Poświęckiej 8 we Wrocławiu”**

Lp.	Nazwa podmiotu i miejsce wykonania usług (samodzielnie lub przez podmiot udostępniający doświadczenie)	Zakres rzeczowy	Czas realizacji (należy podać daty)		Wartość brutto usługi
			początek	koniec	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

....., dnia

.....
(Imię i nazwisko osoby
uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)