Załącznik nr 5 do SIWZ

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny**

**Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Szpital Specjalistyczny MSWiA**

**ul. Kańsko 1,**

**78-520 Złocieniec**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykaz zrealizowanych usług**

**Wykaz zrealizowanych** w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy, w tym okresie co najmniej 2 (dwóch) zamówień na wykonanie usługi prania pościeli i bielizny szpitalnej o wartości nie mniejszej niż 80 % wartości brutto złożonej ofert,

Do oferty należy dołączyć potwierdzenie, że wykazane dostawy zostały zrealizowane należycie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia**  (charakterystyka wykonanej usługi) | **Miejsce wykonywania, nazwa zamawiającego** | **Termin realizacji** | **Wartość brutto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |