**Załącznik Nr 5 do SWZ**

**Znak sprawy: ZP/03/2025**

**Numer publikacji ogłoszenia: 140432-2025**

**Numer wydania Dz.U. S: 44/2025**

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

**Dot. Świadczenie usługi w zakresie całodobowego żywienia pacjentów Szpitala**

**w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wykonawca (pełna nazwa)**  | **Odbiorca /Zamawiający**(należy podać nazwę podmiotu oraz adres, na zlecenie którego usługa została wykonana) | **Wartość usługi (brutto)**  | **Data i miejsce wykonania usługi** (należy podać miejsce wykonania usługi i datę zakończenia usługi) | **Nazwa i opis wykonanej usługi**(Należy podać informacje pozwalające na zweryfikowanie czy Wykonawca spełnia wymogi określone w pkt VIb pkt. 5.1) |
|  1 |  |  |  |  | Wykonanie usługi ……………która dotyczyła/zakres obejmował ………… |
| 2 |  |  |  |  |  |

**UWAGA:**

**1. Warunek udziału w postępowaniu zostanie spełniony, jeżeli Wykonawca wykaże, że wykonał 1 usługę wymaganą przez Zamawiającego, zgodne z opisem wskazanym w ogłoszeniu i SWZ.**

**2. Należy szczegółowo opisać przedmiot usługi tj. w sposób umożliwiający Zamawiającemu uzyskanie informacji o spełnianiu przez Wykonawcę warunku udziału w postępowaniu.**

**3. Do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające, że zamówienia w nim wymienione zostały wykonane należycie. Dowodami są:**

**1) poświadczenie, referencje itp.**

**2) oświadczenie wykonawcy – jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać poświadczenia, o którym mowa w pkt 1).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym*