# Załącznik Nr 5 do SWZ

**Wykaz wykonanych usług**

Wykonawca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Utrzymanie czystości pomieszczeń
w przychodniach”** prowadzonego przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi (zamawiający), w celu potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu w zakresie posiadania określonej przez zamawiającego zdolności technicznej lub zawodowej, o której mowa w pkt II.6.1.4 SWZ, oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie, wykonaliśmy niżej wymienioną usługę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Odbiorca** | **Przedmiot usługi**Opis głównych usług potwierdzającyspełnienie warunku określonegow SWZ | **Wartość zamówienia brutto (zł)** | **Termin realizacji usługi**[od RRRR-MM-DDdo RRRR-MM-DD] |
| *1* |  |  |  |  |

*- w przypadku, gdy w zakres usługi wchodzą również usługi innego rodzaju w wykazie należy wyszczególnić wartość tej usługi, która obejmuje zakres tożsamy z przedmiotem zamówienia*

Do niniejszego oświadczenia załączam dowody określających czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

 …………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………..

 miejscowość, data czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy
 lub imienna pieczątka z parafką