**Nr postępowania: 2024.10.ZP Załącznik nr 4 do SWZ**

**(złożyć w przepisanym terminie – *vide* Dział VIII SWZ)**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………..

**Wykaz usług**

w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu prowadzonym w trybie podstawowym pn.:
**Odbiór i utylizacja odpadów medycznych z Filii Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie.**

Przedstawiam(-y) następujące informacje:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot i rodzaj usługi**(należy wskazać w sposób potwierdzający spełnianie warunku) | **Wartość usługi** | **Daty wykonania** | **Podmiot zlecający** | **Inny podmiot\*** |
|  |  |  |  |  |  |

\* wypełnić jeżeli dotyczy; Należy wpisać nazwę innego podmiotu w przypadku, gdy Wykonawca polega na zdolności zawodowej (doświadczeniu zawodowym) innego podmiotu w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu.

Do przedstawionego wykazu należy dołączyć dowody określające czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami o których mowa są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi te zostały wykonane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych – referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert**.**