**ZP/14-2023/TP**

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Dane Wykonawcy:**

Pełna nazwa:...........................................................

Adres: . …...............................................................

Tel. i fax: ….............................................................

Adres email: ……………………………………….

nr identyfikacyjny NIP ..........................................

REGON ……..........................................................

KRS/NR ewidencyjny ...........................................

Wykaz usług polegających na świadczeniu usług pralniczych dla jednostek służby zdrowia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem składania ofert, a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy, w tym okresie lub wykonuje je nadal

Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert/ okresie prowadzenia działalności wykonałem usługę/usługi polegające na świadczeniu usług pralniczych dla jednostek służby zdrowia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp** | **Odbiorca usługi (nazwa i adres zamawiającego)** | **Przedmiot usługi** | **Czas realizacji**  **od – do**  **(dzień-miesiąc-rok, dzień-miesiąc-rok)** | **Wartość usługi** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |