Załącznik Nr 9 do SWZ

**Nr postępowania: SPZOZ-ZP/2/241/6/2021**

**Wykaz wykonanych/wykonywanych usług**

**potwierdzających spełnianie warunku postawionego w Rozdziale IX ust. 3 pkt 4) SWZ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot wykonanej/wykonywanej usługi** | **Wartość usługi brutto** | **Data wykonania/wykonywania usługi** | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana/jest wykonywana (nazwa i adres)** |
| **Data rozpoczęcia** | **Data zakończenia** |  |
| 1. |  |  |  |  |  |

**Do wykazu należy dołączyć dowody potwierdzające, że wyżej wymienione usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.**