Załącznik nr 9 SWZ

Znak sprawy: **12/TP/2024**

**Wykonawca:**

……………………………………………………………….............

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

*(Pełna nazwa Wykonawcy, adres, ulica)*

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

Wykaz usług wykonanych, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane lub są wykonywane, oraz załączeniem dowodów określających, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy;

W przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy.

 Wykonawca musi się wykazać minimum 2 usługami utylizacji odpadów medycznych - każda na minimum 20 000 kg rocznie,

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres****podmiotu lub instytucji na rzecz****której realizowano zamówienie** | **Przedmiot zamówienia** | Okres**realizacji zamówienia** | **Ilość odpadów (w kg)** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 k.k. Dowody, że usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie w załączeniu.

……………………………………………