|  |
| --- |
| **Wykonawca:** |
| …………………………………………………………………… |
| *(pełna nazwa/firma)* |

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: |
| Usługa transportu sanitarnego |
| prowadzonego przez Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie,  oświadczam co następuje: |

**WYKAZ USŁUG**

**PAKIET II**

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, tj.:

**jedna usługa transportu sanitarnego z zespołem podstawowym o wartości minimum 600 000 zł brutto**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot usługi** | **Wartość**  **usługi** | **Data wykonania**  **[od – do]** | **Podmiot**  **na rzecz którego usługa została wykonana lub jest wykonywana**  **[nazwa i adres]** |
|  |  |  |  |  |

wraz z załączeniem dowodów określających, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

*(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).*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

*Oświadczenie niniejsze powinno być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.*