*Załącznik nr 7 do SWZ. Dokument składany na wezwanie Zamawiającego.*

**Usługi w zakresie transportu pacjentów i personelu medycznego**

**nr postępowania: SPZOZ.ZP.2.24.242.2.2025**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

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

*/miejscowość i data/*

*/elektroniczny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/*