***Załącznik nr 4 do SWZ – Wykaz usług***

1. **Dane Wykonawcy[[1]](#footnote-1):**

Nazwa: …………………………………………………………....

……………………………………………………………

Siedziba: ……………………………………………………………

……………………………………………………………

Adres do korespondencji[[2]](#footnote-2): …………………………………………………………....

……………………………………………………………

Adres poczty elektronicznej: ……………………………………………………………

Adres skrzynki ePUAP …………………………………………………………..

Numer telefonu: …………………………………………………………..

Numer REGON: ……………………………………………………………

NIP: ……………………………………………………………

1. **Dane Zamawiającego:**

**SP ZOZ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia**

adres do korespondencji: 78-217 Stanomino 5

adres skrzynki ePUAP: /wotuws2013/skrytkaESP

## **WYKAZ USŁUG**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **Świadczenie usług gastronomicznych w pomieszczeniach kuchni SP ZOZ Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie dla pacjentów Ośrodka**OŚWIADCZAM (Y), ŻE wykonałem (wykonaliśmy) następujące usługi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RODZAJ USŁUGI** | **WARTOŚĆ USŁUGI** | **DATA REALIZACJI (DATA ROZPOCZĘCIA – DATA ZAKOŃCZENIA)** | **MIEJSCE WYKONYWANIA USŁUGI** | **NAZWA ZAMAWIAJĄCEGO**  **na rzecz, którego została wykonana usługa** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Do wykazu należy dołączyć dowody potwierdzające, że usługi zostały wykonane należycie.

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym/podpisem zaufanym/podpisem osobistym***

1. *Zgodnie z danymi rejestrowymi. W przypadku gdy ofertę składają podmioty wspólnie ubiegające się o zamówienie należy wpisać* ***dane dotyczące wszystkich podmiotów wspólnie ubiegających się o zamówienie****,(wspólników s.c., konsorcjantów) a nie tylko pełnomocnika* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż siedziba Wykonawcy* [↑](#footnote-ref-2)