**ZAŁĄCZNIK NR 10 DO SWZ (WZÓR)**

**WYKAZ USŁUG**

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym nr **03/PN/2021,** na:

**Usługi sukcesywnego przygotowywania i dostawy, przez siedem dni w tygodniu, całodobowego wyżywienia dla pacjentów Szpitali Tczewskich S.A. z uwzględnieniem diet i kaloryczności**

**w imieniu:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

***(nazwa Wykonawcy)***

**składamy poniższy wykaz usług:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wartość usługi | Przedmiot usługi | Daty wykonania / wykonywania usługi(od dnia do dnia) | Dla kogo wykonano usługę – podmiot na rzecz którego wykonano usługę |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Do wykazu należy dołączyć stosowne dokumenty, wymagane w niniejszej SWZ, na potwierdzenie należytego wykonania lub wykonywania usług objętych niniejszym zamówieniem publicznym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania.***

***DOKUMENT SKŁADANY NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO***