**Załącznik nr 5**

**do SWZ**

………………………………………….

(nazwa i adres Wykonawcy)

**PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA**

**Sp. z o. o.**

**ul. Szpitalna 30**

**88-400 Żnin**

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa prania bielizny szpitalnej i odzieży ochronnej wraz z dzierżawą bielizny szpitalnej i odzieży ochronnej oraz kompleksowym serwisem** dla Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o. o

**Wykaz usług**

W celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego Nr PCZ/II-ZP/20/2023, pn.:**Usługa prania bielizny szpitalnej i odzieży ochronnej wraz z dzierżawą bielizny szpitalnej i odzieży ochronnej oraz kompleksowym serwisem** prowadzonego przez Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o. o., przedstawiam wykaz usług odpowiadających wymaganiom określonym w SWZ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Usługa** | **Wartość usługi**  **(brutto)** | **Data wykonania**  **od … do …** | **Podmiot na rzecz którego usługa została wykonana**  **(nazwa, adres)** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Uwaga: Zamawiający wymaga, aby Wykonawca załączył wykaz wraz z dowodami potwierdzającymi należyte wykonanie usług wskazanych w powyższej Tabeli (referencje sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi te zostały wykonane)**

**Podpis składany jest w formie elektronicznej przez osobę upoważnioną do reprezentacji składającego oświadczenie**