**Nr sprawy: DEA.ZP-261/7/2024 Załącznik nr 8 do SWZ**

 **WSRM w Łodzi 91-202 Łódź, ul. Warecka 2**

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG NAPRAWY AMBULANSÓW**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Zamawiającego (Podmiotu na rzecz, którego usługi zastały wykonane) | Opis wykonanych usług (rodzaj usług, zakres zamówienia) | Termin wykonanych usługi napraw ambulansów | Wartość brutto wykonanych usług |
| od | do | [ zł ] |
|  |  |  |  |  |  |
|
|
|
|  |  |  |  |  |  |
|
|
|
|  |  |  |  |  |  |
|
|
|

Należy załączyć dowody (referencje, inne dokumenty) określające czy usługi naprawy zostały wykonane należycie.

podpis **elektroniczny kwalifikowany**

lub podpis **zaufany** lub **osobisty**

osoby/-ób uprawnionej/-ych

 do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

(składane na wezwanie)