Załącznik nr 4 do SWZ

Nr postępowania: 50/2023/Z

Plik należy podpisać elektronicznie za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu zaufanego lub podpisu osobistego (elektronicznego).

Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.

Dokument należy wypełnić poprzez uzupełnienie poszczególnych tabel

|  |
| --- |
|   |

 *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**„*Świadczenie usług kompleksowej opieki medycznej wraz z usługą medycyny pracy dla pracowników Sano”***

 WYKAZ USŁUG

|  |
| --- |
| Wykaz usług potwierdzający spełnienie warunków udziału w postępowaniu zgodnie z pkt. 7.2.4 SWZ |
| Lp. | Podmiot na rzecz którego usługi zostały wykonane (nazwa i adres Zamawiającego) | Przedmiot zamówienia (umożliwiający potwierdzenie spełnienia warunku opisanego w SWZ pkt. 7.2.4, w tym co najmniej zakresu udzielanych świadczeń)  | Termin wykonania zamówienia | Okres wykonywania zamówienia | Wartość brutto wykonanego zamówienia |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  1. |  |  |  |  |  |
|  2. |  |  |  |  |  |

*Do wykazu należy dołączyć dowody, potwierdzające, iż wykazane usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.*

*Podpis kwalifikowany elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty (elektroniczny).*