Załącznik nr 14 SWZ

Znak sprawy: **01/TP/2024**

**Wykonawca:**

……………………………………………………………….............

……............................................................................................

*(Pełna nazwa Wykonawcy, adres, ulica)*

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

Wykaz usług wykonanych, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane lub są wykonywane, oraz załączeniem dowodów określających, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy;

W przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy.

**Wykonawca musi się wykazać wykonaniem co najmniej 1 usługi polegającej na kompleksowym, całodziennym żywieniu pacjentów w podmiocie leczniczym o wartości minimum 300 000 zł brutto,**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres**  **podmiotu lub instytucji na rzecz**  **której realizowano zamówienie** | **Przedmiot zamówienia** | Okres **realizacji zamówienia** | **Wartość brutto zamówienia** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 k.k. Dowody, że usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie w załączeniu.