



## Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

www.zzozwadowice.pl, email: sekretariat@zzozwadowice.pl

**Załącznik nr 3**

### **Wykaz wykonywanych usług (wzór)**

Przystępując do zapytania ofertowego pn „Świadczenie usług w zakresie szkoleń okresowych BHP w siedzibie Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach” oświadczam/y, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie, świadczyłem/ liśmy następujące usługi:

Lp.	Rodzaj i zakres (zakres usług)	Wartość zamówienia brutto (zł)	Okres realizacji	Podmiot, na rzecz którego usługa była świadczona/ <b>liczba osób</b>	Oświadczam/ y, że polegam/ y, na wiedzy i doświadczeniu
1.					własnym/ innych podmiotów*
2.					własnym/ innych podmiotów*

*Do wykazu należy załączyć dowody określające czy usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa powyżej są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonanie.*

..... ,  
(miejsowość, data)

..... ,  
(osoba uprawniona do  
reprezentowania Wykonawcy)

\* niepotrzebne skreślić