**Załącznik Nr 6 do SWZ**

**Numer postępowania: MCM/WSM/ZP13/2021**

**Dotyczy postępowania na: Wykonywanie okresowych przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego Milickiego Centrum Medycznego sp. z o. o.**

........................................................

*........................................................*

*Nazwa i adres Wykonawcy*

*WYKAZ USŁUG*

*wykonanych w okresie ostatnich 3lat przed upływem terminu składania ofert*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Rodzaj wykonanych USŁUG (przedmiot)* | *Wartość wykonanych usług (w zł)* | *Termin wykonania**od - do* *(dzień / miesiąc / rok)* | *Podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonane* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Do wykazu należy załączyć dowody określające czy usługi te zostały wykonane
lub są wykonywane należycie.**

....................................................

*Miejscowość, data*

.....................................................

**(podpis osoby upoważnionej**

**do reprezentowania Wykonawcy)**