**Załącznik Nr 5 do SWZ**

**Numer postępowania: MCM/WSM/ZP12/2021**

**Dotyczy postępowania na: Świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych Milickiego Centrum Medycznego sp. z o.o., w Miliczu.**

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

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

*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)**