

**WYKAZ USŁUG**

dotyczy wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu  
na „Sporządzanie, dostarczanie i dystrybucja posiłków dla pacjentów hospitalizowanych  
w placówkach SPZOZ w Krotoszynie Nr Sprawy: DIET/1/03/22

Nazwa i adres Wykonawcy .....

Lp.	Przedmiot usługi (*)	Wartość usługi brutto [PLN]	Data wykonania [DD-MM-RRR]	Podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane	Uwagi (np. zasób własny/udostępniony)

Miejscowość ....., dnia .....

(\*) Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć dokumenty potwierdzające należyte wykonanie wskazanych w tabeli usług

Informacja dla Wykonawcy:

Oświadczenie musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem(-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.