**Załącznik nr 7 do SIWZ**

**Całodobowe wyżywienie pacjentów Prudnickiego Centrum Medycznego S. A. w Prudniku**

**Postępowanie nr: 2/III/2018**

Nazwa Wykonawcy........................................................................................

Adres Wykonawcy..........................................................................................

Niniejszym oświadczam/y, iż wykonałem/liśmy dostawy zgodnie z poniższym „Wykazem”

**Wykaz**

wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, głównych usług, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert w postępowaniu, 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, oraz z załączeniem dowodów, czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres Zleceniodawcy/**  **Odbiorcy** | **Okres realizacji od-do**  **(dd/mm/rrrr–**  **dd/mm/rrrr)** | **Przedmiot usługi/krótki opis (warunek określony przez**  **Zamawiającego w pkt. VII.1.1 SIWZ)** | **Wartość usługi**  **brutto w PLN / rok** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |

Uwaga: w przypadku większej ilości usług należy powielić wiersze i stosownie wypełnić.

**Na potwierdzenie, że w/w usługi zostały wykonane należycie dołączyć odpowiednie dowody np. poświadczenie.**

Wykonawca w miejsce poświadczeń może przedkładać dokumenty potwierdzające należyte wykonanie usług.

Oświadczam, iż polegam na *własnym doświadczeniu/doświadczeniu „innych podmiotów\** do wykonania

zamówienia tj. ……………………………………………………..

nazwa „innego podmiotu”

Miejsce i data: ..................................................

………………………………...……………

podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy