## Ozn. postępowania ZP/21/2024 załącznik nr 5 do SWZ

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na „**Świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 04, 18 01 06\*, 18 01 09** **dla Szpitala Miejskiego w Świnoujściu”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zamówienia wykonane  w ciągu ostatnich trzech lat  (zwięzły, krótki opis) | Nazwa, adres i telefon Zamawiającego | Data | | Wartość  Brutto zł. |
| rozpoczęcia zamówienia | zakończenia zamówienia |
|  |  |  |  |  |

......................................................, dn. ..............................

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

(*podpis elektroniczny osób/y uprawnionych do reprezentacji wykonawcy, w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców zgodnie z SWZ* zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w*

*postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie*