**Załącznik nr 6**

**do SIWZ**

………………………………………….

(nazwa i adres Wykonawcy)

**PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA**

**Sp. z o. o.**

**ul. Szpitalna 30**

**88-400 Żnin**

**Wykaz usług**

W celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego Nr PCZ/II-ZP/09/2020, pn.:***przetarg nieograniczony na usługę prania bielizny szpitalnej i odzieży ochronnej wraz z dzierżawą bielizny szpitalnej i odzieży ochronnej oraz kompleksowym serwisem*** prowadzonego przez Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o. o., przedstawiam wykaz usług odpowiadających wymaganiom określonym w SIWZ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Usługa** | **Wartość usługi**  **(brutto)** | **Data wykonania**  **Od … do …** | **Podmiot na rzecz którego usługa została wykonana**  **(nazwa, adres)** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwaga

Do wykazu należy dołączyć dowody, że w/w usługi zostały wykonane należycie lub są wykonywane należycie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pieczęć imienna i podpis osób/osoby

uprawnionej do reprezentowania wykonawcy