

(pieczęć firmy)

Nazwa .....

adres.....

numer telefonu/faxu .....

REGON.....

NIP .....

Osoba do kontaktu, telefon .....

**WYKAZ WYKONANYCH/WYKONYWANYCH USŁUG**

Ja/my ..... działając w imieniu reprezentowanej przeze mnie/przez nas firmy ..... oświadczam/y, że w okresie 3 ostatnich lat (jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie), a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych usług, w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku wiedzy i doświadczenia, wykonałem/wykonaliśmy co najmniej trzy usługi polegające na „Prowadzeniu usług portierskich, ochronie osób i mienia oraz monitorowania w obiektach użyteczności publicznej” o wartości usługi nie mniejszej niż 70.000,00 zł brutto/ każda, potwierdzonych dowodami ich należytego wykonania (np. Referencje).

L.p.	Przedmiot usługi (usługi polegającej na ochronie osób i mienia w obiektach użyteczności publicznej)	Okres wykonywania usługi		Nazwa i dokładny adres zamawiającego, telefon	Wartość zadania brutto
		początek	koniec		
1.					
2.					
3.					

Niniejszym wyrażam zgodę na sprawdzenie przez Zamawiającego danych podanych powyżej.

.....  
miejsowość                      data                      podpis i pieczęć imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i) Wykonawcy\*

\*w przypadku Wykonawców występujących wspólnie podpisuje Pełnomocnik lub wszyscy Wykonawcy

*Uwaga: do oferty należy dołączyć dokumenty potwierdzające, iż w/w usługi zostały wykonane należyście.*

Szpital Psychiatryczny  
SP ZOZ w Węgorzewie  
11-600 Węgorzewo  
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66  
F: 87 427 27 85  
E: [kancelaria@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl](mailto:kancelaria@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl)  
W: [www.szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl](http://www.szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl)

ZOLP Rudziszki 87 437 80 13  
WOTUW Giżycko 87 428 40 30  
PZP Giżycko 87 429 13 98  
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu  
Zarządzania Jakością  
ISO 9001:2015  
Nr. 200623/A/0001/UK/Po