**Załącznik Nr 5 do SWZ**

………………………………………….….……....………..

………………………………………………..…….………..

……………………………………………..……….………..

 Nazwa i adres Wykonawcy

**WYKAZ WYKONYWANYCH USŁUG\***

**dotyczy: Świadczenie usług żywieniowych dla pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. – Szpitale w Malborku i Nowym Dworze Gdańskim - - V postępowanie, PCZ.ZP.07/2021**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano usługę** | **Termin wykonywania****(od-do)** | **Zakres i wartość udzielanych usług** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

\* ***należy również załączyć dowód, że ww. usługi zostały wykonane, lub są wykonywane należycie (referencje).***

…………………………………………………

*Data i podpis elektroniczny Wykonawcy*