**Załącznik Nr 5 do SWZ**

………………………………………….….……....………..

………………………………………………..…….………..

……………………………………………..……….………..

 Nazwa i adres Wykonawcy

**WYKAZ WYKONYWANYCH USŁUG\***

**Dotyczy: świadczenie usług transportowych, nr sprawy: PCZ.ZP.01/2022**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa Zamawiającego (Podmiotu leczniczego)** | **Termin wykonywania** **(od-do)** | **Przedmiot i wartość udzielanych dostaw** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

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

…………………………………………………

*Data i podpis elektroniczny Wykonawcy*