**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, nr sprawy: PCZ.ZP.17/2022**

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

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

…………………………………………………

*Data i podpis elektroniczny Wykonawcy*