# **Załącznik nr 5 do SWKO**

**dotyczy: konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych** **polegających na wykonywaniu całodobowych badań diagnostycznych i mikrobiologicznych na rzecz pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach (nr sprawy AZP.4300.2.2024)**

# **Wykaz usług medycznych w okresie minionych 3 lat w zakresie porównywalnym z tym jaki jest określony w niniejszym postępowaniu**

Nazwa Wykonawcy ...........................................................................

(usługi medyczne dla min. 2 publicznych podmiotów leczniczych w zakresie badań diagnostycznych i mikrobiologicznych, o wartości kontraktu z każdym z tych podmiotów min. 100 000 zł.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane** | **Zakres wykonywanych usług** | **Termin wykonywanych usług** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Do wykazu należy dołączyć dowody określające czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi są/były wykonywane.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **…..............................................**  Data i podpis osoby upoważnionej |