# **Załącznik nr 5 do SWKO**

**dotyczy: konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych w tym śródoperacyjnych oraz cytologicznych 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. 3 publicznych podmiotów leczniczych w zakresie badań histopatologicznych, o wartości kontraktu z każdym z tych podmiotów min. 1.000 000 zł.)

Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w konkursie, oświadczam (-y), że wykonałem (- liśmy), następujące usługi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane / miejsce wykonania**  **(nazwa i adres Zamawiającego)** | **Przedmiot zamówienia (opis i zakres usługi)** | **Wartość usługi**  **(brutto)** | **Data rozpoczęcia / zakończenia (dd/mm/rrrr)** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |

W celu potwierdzenia, że usługi wskazane w tabelach były wykonane należycie załączamy następujące dowody:

1. ....................... *(wpisać rodzaj dowodu)* – dowód do usługi z tabeli poz. ...... – załącznik nr ....... do Wykazu usług
2. ....................... *(wpisać rodzaj dowodu)* – dowód do usługi z tabeli poz. ...... – załącznik nr ....... do Wykazu usług

………………………………………………….

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania

Wykonawcy