

WYKAZ USŁUG

dotyczy wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu
na „Sporządzanie, dostarczanie i dystrybucja posiłków dla pacjentów hospitalizowanych
w placówkach SPZOZ w Krotoszynie II Nr Sprawy: DIET/1/08/22

Nazwa i adres Wykonawcy

Lp.	Przedmiot usługi (*)	Wartość usługi brutto [PLN]	Data wykonania [DD-MM-RRR]	Podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane	Uwagi (np. zasób własny/udostępniony)

Miejscowość, dnia

(*) Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć dokumenty potwierdzające należyte wykonanie wskazanych w tabeli usług

Informacja dla Wykonawcy:

Oświadczenie musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem(-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.