AT.26.8.2020.BM **Załącznik nr 5 do SIWZ**

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

Ubiegając się o zamówienie publiczne, którego przedmiotem jest **„Świadczenie usług medycznych w zakresie Medycyny Pracy wraz z Pakietem Medycznym dla pracowników Wojewódzkiego Ośrodka Ruchu Drogowego w Warszawie”** przedstawiamy poniższy wykaz.

Do wykazu załączamy dowody potwierdzające, że poniżej wymienione zamówienia zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  Nazwapodmiotu,któregodoświadczeniejestwykazywane | Opiszamówienia(zakres usług medycznych) |  | Datarozpoczęciarealizacjizamówienia(dd/mm/rrrr) | Datawykonania(zakończenia)zamówienia(jeżelizamówieniejest wdalszymciąguwykonywanenależy wpisać„w trakcierealizacji”)(dd/mm/rrrr) | Wartośćusługi |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **LP** |  |  |  | Nazwa Zamawiającego (podmiotu) na rzecz którego zamówienie jest wykonywane/wykonane (nazwa, adres) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejsce i data Podpis wykonawcy lub

 upoważnionego przedstawiciela