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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Nazwa  podmiotu,  którego  doświadczenie  jest  wykazywane | Opis  zamówienia  (zakres usług medycznych) |  | Data  rozpoczęcia  realizacji  zamówienia  (dd/mm/rrrr) | | | Data  wykonania  (zakończenia)  zamówienia  (jeżeli  zamówienie  jest w  dalszym  ciągu  wykonywane  należy wpisać  „w trakcie  realizacji”)  (dd/mm/rrrr) | Wartość  usługi |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **LP** |  |  |  | Nazwa Zamawiającego (podmiotu) na rzecz którego zamówienie jest wykonywane/wykonane (nazwa, adres) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Miejsce i data Podpis wykonawcy lub

upoważnionego przedstawiciela