**Załącznik nr 6 do SIWZ**

**ZAMAWIAJĄCY:**

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. Z O.O.

Ul. Ceynowy 7, 83-300 Kartuzy

**Postępowanie nr *AZP.350.10.2020***

Nazwa postępowania: **Świadczenie usług odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych dla Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach.**

**WYKONAWCA:**

Nazwa: ......................................................................................................................

Siedziba: ...................................................................................................................

**WYKAZ WYKONANYCH (WYKONYWANYCH) USŁUG**

W celu potwierdzenia warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w pkt IV.2.3a) SIWZ oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert wykonaliśmy lub wykonujemy niżej wymienione usługi:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot usługi | Wartość  brutto (min. 200 000 zł brutto) | Data  wykonania/wykonywania usługi | | Podmiot, na rzecz którego usługa była lub jest świadczona  (nazwa i adres zamawiającego) | Informacja o podstawie dysponowania doświadczeniem |
| początek  (data) | zakończenie (data) |
|  | Usługa dla szpitala na odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych |  |  |  |  | Doświadczenie własne Wykonawcy /doświadczenie innego podmiotu\* |
|  | Usługa dla szpitala na odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych |  |  |  |  | Doświadczenie własne Wykonawcy /doświadczenie innego podmiotu\* |

*\* odpowiednio*

**UWAGA** – Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć poświadczenie, że usługi wskazane w tabeli powyżej zostały wykonane należycie.

**Data i podpis osoby upoważnionej  
do podpisania niniejszej oferty**

**………………………………**