Załącznik nr 4 do SWZ

# *WYKAZ WYKONANYCH USŁUG*

**nazwa i adres Wykonawcy,**

**NIP, fax, adres e-mail**

.....................................................................

.....................................................................

....................................................................

Wybór wykonawcy usługi ochrony osób, mienia budynku Powiatowego Centrum Zdrowia – Samodzielnego Publicznego Zespołu Przychodni Specjalistycznych we Włocławku wykonywana całodobowo przez siedem dni w tygodniu

| *Lp.* | *Przedmiot zamówienia, rodzaj* | *Całkowita**wartość brutto usługi**w PLN* | *Termin realizacji*  | *Zakres prac* | *Nazwa Zleceniodawcy (podmiot na rzecz którego usługi te zostały wykonane)* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Data**rozpoczęcia* | *Data**zakończenia* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Dowykazu załączam dowody określające że usługi te zostały wykonane w sposób należyty, zgodnie z warunkami opisanymi SWZ.

.................................., dnia ………………… 2023 r.

 ...............................................................

Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy