*Załącznik nr 6 do SWZ*

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

**DOSTĘPNYCH WYKONAWCY USŁUG W CELU REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**WRAZ Z INFORMACJĄ O PODSTAWIE DYSPONOWANIA TYMI ZASOBAMI**

**(składane na wezwanie)**

Przystępując do udziału w postępowaniu **20/TP/2023** o udzielenie zamówienia publicznego na **„Odbiór i utylizacja odpadów medycznych dla Szpitala Powiatowego w Kętrzynie”** przedstawiamy następujący wykaz wykonanych usług:

(Wykonawca musi wykazać **i potwierdzić referencjami**, że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonał z należytą starannością co najmniej dwie usługi o charakterze podobnym do przedmiotu zamówienia o wartości minimum 50 tysięcy zł każda)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wartość usług**  **brutto** | **Okres**  **obowiązywania**  **umowy** | **Miejsce wykonywania**  **zamówienia, nazwa**  **zamawiającego** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom

odpowiedzialności karnej z art.297kk oraz 305 kk.