**Wykaz wykonanych/wykonywanych usług transportu sanitarnego**

**spełniających wymagania określone w SIWZ**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia na: Całodobowe wykonywanie usług w zakresie transportu pacjentów Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie wykonywanych karetką reanimacyjno - transportową RT z lekarzem (typ S) III**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa**  **Podmiotu na rzecz którego realizowane zostały usługi**  **(nazwa, adres, telefon)** | **Opis i zakres wykonywanych usług**  **(przedmiot)** | **Data rozpoczęcia i zakończenia usług**  **(d-m-r/d-m-r)** | **Wartość brutto zrealizowanych usług transportu sanitarnego** |
|  |  |  |  |  |

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

(podpis wykonawcy lub osób upoważnionych

do występowania w imieniu wykonawcy)

O udzielenie zamówienia publicznego mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy wykażą, że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie, wykonali lub wykonują co najmniej 1 usługę (trwającą nieprzerwanie przez okres minimum 12 miesięcy) świadczenia transportu sanitarnego o wartości nie mniejszej niż: 70 000 brutto w skali rocznej.