**Wykaz wykonanych/wykonywanych usług transportu sanitarnego**

spełniających wymagania określone w SWZ w postępowaniu o udzielenie zamówienia na: **Całodobowe wykonywanie usług w zakresie transportu karetką transportową typu "T" w przypadku awarii karetki Zamawiającego oraz dużej ilości transportów Zamawiającego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………………………………

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

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 świadczenia transportu sanitarnego o wartości nie mniejszej niż: 20 000 brutto w skali rocznej.