

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

wykaz usług

ŚWIADCZENIE USŁUG KOMPLEKSOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ DLA PRACOWNIKÓW CENTRUM NAUKI KOPERNIK I CZŁONKÓW ICH RODZIN

....., dnia

DANE WYKONAWCY¹:

Nazwa:

Adres:

Ja/My niżej podpisany/-i
jako uprawniony/-eni do działania w imieniu i na rzecz Wykonawcy/-ów wskazanego/-ych wyżej, w odpowiedzi na ogłoszenie o prowadzonym na podstawie art. 138o ustawy *Prawo zamówień publicznych* postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na „*świadczenie usług kompleksowej opieki medycznej dla pracowników Centrum Nauki Kopernik i członków ich rodzin*,”

OŚWIADCZAM, ŻE WYKONAWCA:

spełnia warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w ogłoszeniu, w zakresie posiadania zdolności technicznej i zawodowej, tj. posiada doświadczenie polegające na wykonaniu nie wcześniej niż w okresie ostatnich 3 (trzech) lat przed upływem terminu składania ofert, a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie co najmniej 2 usług kompleksowej opieki medycznej, w tym usługi z zakresu medycyny pracy oraz specjalistyczne usługi medyczne na łączną kwotę brutto: 300 000,00 PLN (słownie: trzysta tysięcy złotych i ⁰⁰/₁₀₀), w tym wartość co najmniej jednej usługi nie może być mniejsza niż kwota brutto: 200 000,00 PLN (słownie: dwieście tysięcy złotych i ⁰⁰/₁₀₀).

Na potwierdzenie w/w warunku udziału w załączonej tabeli przedstawiam/y wykaz wykonanych usług oraz załączamy dokumenty, potwierdzające że te usługi zostały wykonane należycie.

.....
data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy

¹ W przypadku Wykonawców występujących wspólnie należy podać dane wszystkich Wykonawców.

Lp.	Nazwa i siedziba Zamawiającego (aktualne dane), z którym Wykonawca zawarł umowę	Nazwa i miejsce wykonania zamówienia	Opis przedmiotu zamówienia	Wartość świadczonych usług	Termin wykonania	
					data rozpoczęcia	data zakończenia
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
etc.						

.....
data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy