**Wykaz wykonanych/wykonywanych usług transportu sanitarnego
spełniających wymagania określone w SWZ**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia na: *Całodobowe świadczenie usług w zakresie transportu pacjentów Szpitala karetką reanimacyjno - transportową RT z lekarzem (typ S) i karetką bariatryczną* – Nr sprawy ZP/7/2022**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.

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: 100 000 brutto w skali rocznej.