ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w Busku Zdroju
ul. Bohaterów Warszawy 67, 28 – 100 Busko Zdrój, woj. Świętokrzyskie
tel. centr. (041)-378-24-01, tel./fax (041) 378-24-01 wew. 244
REGON 000311467 NIP 655 – 16 – 62 – 705 Nr rej. PZOZ20
Strona internetowa;www.zoz.busko.com.pl
e-mail: zamowienia@zoz.busko.com.pl

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: **ZOZ/DO/OM/ZP/40/14**

Załącznik nr 6

……
pieczęć adresowa Wykonawcy

Wykaz wykonanych usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełnia warunku wiedzy i doświadczenia

Zamawiający wymaga, aby Wykonawca wykazał się wykazem wykonanych usług związanych z usługa prania bielizny szpitalnej w obiektach służby zdrowia, w zakresie niezbędnym do wykazania spełnia warunku wiedzy i doświadczenia, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy, w tym okresie, z podaniem ich rodzaju i wartości, daty i miejsca wykonania oraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

Lp.	Nazwa podmiotu na rzecz którego wykonano zamówienie (Zamawiającego)	Adres podmiotu na rzecz którego wykonano zamówienie	Przedmiot zamówienia	Całkowita wartość zamówienia	Daty wykonania (od – do)
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					

…… dnia ……
/miejscowość

……
Imię, nazwisko i podpis osoby lub osób figurujących
w rejestrach uprawnionych do zaciągania zobowiązań
w imieniu Wykonawcy lub we właściwym umocowaniu