**Załącznik nr 5 do SWZ**

**sprawa nr LG.332.94.2024.BCz**

………..........…....………………….

Nazwa Wykonawcy /NIP/

Dotyczy: „Świadczenie usługi hotelarsko- restauracyjnej”

Wykaz usług wykonanych/wykonywanych przez Wykonawcę w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis usługi | Okres realizacji badania  (od mm.rrrr – do mm.rrrr) | Nazwa podmiotu , na rzecz którego zrealizowano usługę | Wartość usługi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Do wymienionych usług w powyższym wykazie należy załączyć referencje lub inne dokumenty potwierdzające należyte wykonanie usług.

………………………………………, *dnia* ………………….

*(miejscowość*

………………....…………………………………..............................

*(*/podpis osoby uprawnionej zgodnie z Rozdziałem 14 ust.14.9 SWZ