**Załącznik Nr 9 do SWZ**

**Wykaz usług** **na potrzeby oceny spełniania warunku udziału   
w postępowaniu**

**Wykonawca:**

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP, KRS/CEiDG)*

**reprezentowany przez:**

………………………….…………………………………………………………………

**WYKAZ USŁUG**

**na potrzeby oceny spełniania warunku udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: ***„Usługi zdrowotne w zakresie leczenia w ramach długoterminowej opieki kobiet po mastektomii w ramach projektu pn.: „Centrum Usług Społecznych w Skarżysku - Kamiennej””*,** przedstawiam wykaz usług w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu:

*(Uwaga: informacje zawarte w tabeli powinny pozwolić na stwierdzenie spełniania  
 lub nie spełniania warunku udziału określonego w SWZ).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa**  podmiotu,  którego doświadczenie jest wykazywane | **Nazwa**  podmiotu, na rzecz którego zamówienie zostało wykonane | **Opis zamówienia**  (z opisu winno wynikać spełnianie wymagań wskazanych w SWZ) | **Data rozpoczęcia** realizacji zamówienia  (dd/mm/rrrr) | **Data wykonania**  zamówienia  (dd/mm/rrrr) |
| Nazwa / zakres tematyczny usługi / rodzaj beneficjentów (uczestników) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |

Do niniejszego wykazu załączam(y) dowody potwierdzające, że wskazane powyżej usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, zgodnie z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego oraz zasadami wiedzy zawodowej.

Oświadczam(y), że informacje zawarte w wykazie są zgodne z prawdą i zostały złożone w pełnej świadomości skutków prawnych wynikających z podania nieprawdziwych danych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

***Należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***