# Numer sprawy: 12/PN/14 Załącznik Nr 5

Działając w imieniu .............................................................. (wskazanie Wykonawcy) i będąc należycie upoważnionym do jego reprezentowania w postępowaniu prowadzonym pn. usługa odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych

przedkładam

Wykaz wykonanych usług, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres zleceniodawcy | Wartość zamówienia (brutto) | Przedmiot zamówienia (rodzaj odpadów) | Ilość odbieranych odpadów (kg) | Okres realizacji  (od –do) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Warunek ten zostanie spełniony, jeżeli Wykonawca wykaże, że wykonał należycie co najmniej dwie usługi, których przedmiotem był odbiór, transport i unieszkodliwianie odpadów medycznych o co najmniej jednym z kodów: 18 01 02, 18 01 03, 18 01 08, 18 01 01, 18 01 82 o wartości (wykonanej usługi) łącznie, nie mniejszej niż **100 000,00** PLN brutto każda z nich, oraz załączenie dokumentów potwierdzających, że usługi te zostały lub są wykonane należycie.

Miejscowość, data**.**.............................. ..........................................................................

Podpisy Wykonawcy