**WYKAZ USŁUG**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego przez Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, w trybie zamówienia na usługi społeczne pn. **„Świadczenie usług ochrony osób, mienia, obiektów i terenów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” nr postępowania DZP-262-55/2020,** oświadczam(y), co następuje:

|  L**p.** | **Nazwa i adres Wykonawcy lub podmiotu wykazującego doświadczenie** | **Podmiot, na rzecz którego wykonano usługi/ miejsce realizacji** | **Opis usług**  | **Daty wykonania usług****(dzień, miesiąc, rok)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| 1. |  |  | *Zakres, opis usług*:……………………...………………………...……………………………….……….....…………………………….………………………………………………………………………….….**Wartość całkowita wykonanych lub wykonywanych usług w złotych brutto,** za które Wykonawca lub podmiot wykazujący doświadczenie był odpowiedzialny:………………………………………………………… **złotych brutto** | Data rozpoczęcia usług:………………….………... *(dzień, miesiąc, rok)*Data zakończenia usług/ nadal wykonywane………………………..…...*(dzień, miesiąc, rok)* |

Do niniejszego wykazu załączamy dowody, określające czy usługi zostały wykonane należycie, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - inne dokumenty.

 ……………………………………………………………..

…………………………, dn. …………………….  *Podpis podpis(y) osoby(osób)*

*uprawnionej(nych) do reprezentacji wykonawcy(ów)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam(y), że wszystkie informacje podane w powyższym wykazie osób są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………, dn. ……………………. ……………………………………………………………..

 *Podpis podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(nych)*

*do reprezentacji wykonawcy(ów)*