

Nazwa (firma) lub Nazwisko
imię oraz adres oferenta
nr tel. / fax.

....., dnia

**Zakład Gospodarki Mieszkaniowej
95-200 Pabianice, ul. Warzywna 6**

dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

„„OFERTA-**„Świadczenie przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego – Zakładu
Gospodarki Mieszkaniowej w Pabianicach usług z zakresu medycyny
pracy”****WYKAZ POSIADANEGO DOŚWIADCZENIA**

Wykaz wykonanych w okresie ostatnich 3 lat zamówień (a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie) z podaniem ich wartości oraz daty i miejsca realizacji, (ze szczególnym uwzględnieniem wymaganego w SWZ doświadczenia) w celu potwierdzenia, że wykonawca posiada niezbędną wiedzę oraz doświadczenie do wykonania zamówienia.

Do Wykazu należy załączyć dokumenty poświadczające posiadane doświadczenie.

Lp.	Nazwa zadania, miejsce wykonywania zamówienia	Wartość brutto zadania [zł]	Termin wykonania		Dane Zamawiającego (nazwa, adres, tel.)
			Data rozpoczęcia	Data zakończenia	

*kwalfikowany podpis
elektroniczny, podpis zaufany lub
podpis osobisty osób(-y)
uprawnionych (-ej) do składania
oświadczenia woli w imieniu
wykonawcy*