Załącznik Nr 5 do SIWZ

Data .....

***„Świadczenie usług w zakresie transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych wraz z udostępnieniem kontenerów*" (ZP 21/2016)**

WYKAZ WYKONANYCH USŁUG

NAZWA WYKONAWCY: …….

ADRES:…….....….

Lp.	**Wartość usług brutto**	**Przedmiot zamówienia Rodzaj i zakres usług**	**Miejsce i termin realizacji (od ..... do .....)**	**Nazwa i adres Zamawiającego**	**Dokument potwierdzający, że usługa została wykonana należycie. np.** poświadczenia lub inne dokumenty jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze nie jest w stanie uzyskać poświadczenia: tak*
1					
2					
3 itd.					

.....

Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy.