**Załącznik nr 6 do SWZ**

**D10.251.73.C.2023**

.....................................................

(nazwa Wykonawcy)

**Wykaz usług wykonanych lub wykonywanych**

***„Postępowanie na usługi społeczne o wartości szacunkowej powyżej 750.000 euro***

***na żywienia pacjentów i pracowników w Szpitalu im. M. Kopernika w Gdańsku oraz w WCO.”***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podmiotu, na rzecz którego usługi zostały wykonane | Wartość  brutto usługi | Informacje potwierdzające spełnienie warunków określonych w Rozdział IX SWZ  *(przedmiot usługi)* | Miejsce  świadczenia usługi | Czas realizacji | |
| początek  dzień/ miesiąc/  rok | koniec  dzień/  miesiąc/ rok |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Do wykazu należy załączyć dowody określające,* ***czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie,*** *przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy.*

\****UWAGA: dokument powinien być podpisany w sposób określony w SWZ \****

**Załącznik nr 7 do SWZ**

**D10.251.73.C.2023**

.....................................................

(nazwa Wykonawcy)

**Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia**

dot.: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **pn.**

***„Postępowanie na usługi społeczne o wartości szacunkowej powyżej 750.000 euro***

***na żywienia pacjentów i pracowników w Szpitalu im. M. Kopernika w Gdańsku oraz w WCO.”***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Funkcja | Imię i nazwisko | Informacje nt kwalifikacji zawodowych i/lub uprawnień i/lub wykształcenia  *(Należy podać co najmniej informacje potwierdzające spełnienie warunków określonych w § IX ust. 1 pkt 2 lit. d „Potencjał osobowy”)* | Podstawa do dysponowania tą osobą |
|  |  |  |  |  |

\****UWAGA: dokument powinien być podpisany w sposób określony w SWZ \****

**Załącznik nr 8 do SWZ**

**D10.251.73.C.2023**

**Wykaz pojazdów dostępnych Wykonawcy w celu wykonania zamówienia**

dot.: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **pn.**

***„Postępowanie na usługi społeczne o wartości szacunkowej powyżej 750.000 euro***

***na żywienia pacjentów i pracowników w Szpitalu im. M. Kopernika w Gdańsku oraz w WCO.”***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Środek transportu | Typ/ model | Podstawa dysponowania |
|  |  |  |

\****UWAGA: dokument powinien być podpisany w sposób określony w SWZ \****