**Załącznik nr 9 do SWZ**

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

Nazwa wykonawcy .................................................................................................

Adres wykonawcy .................................................................................................

Miejscowość ................................................ Data ..............................

**Wykaz wykonanych usług:**  wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich **trzech lat** przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie: usługi transportu mieszanin żywieniowych dojelitowo i pozajelitowo w warunkach domowych o łącznej wartości min. 200 000,00 zł brutto , z podaniem ich przedmiotu, rodzaju, wartości, dat wykonania i odbiorców**,** oraz załączeniem dokumentu potwierdzającego że usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa Zamawiającego | Wartość  brutto (PLN) | Zakres przedmiotowy | Daty  Rozpoczęcia/zakończenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………………………………

Podpis Wykonawcy

**\*Do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające, że usługi te zostały wykonane należycie.** W przypadku wykonania usług w zakresie transportu mieszanek żywieniowych **u Zamawiającego**, Wykonawca, oprócz załącznika nr 9, złoży oświadczenie własne o wykonywanej usłudze a Zamawiający zweryfikuje wykonanie usługi i potwierdzi należyte wykonanie tejże usługi.