**…………………….……..**

**(miejscowość, data)**

**…………………….……..**

**…………………….……..**

**Nazwa i adres Wykonawcy/ów**

**OŚWIADCZENIE**

**DOT. SPEŁNIANIA WARUNKU PKT 5.1.3b SIWZ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Usługi pralnicze na potrzeby SPZOZ w Łapach”, znak sprawy: ZP/10/2019/PN,** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Janusza Korczaka 23, 18-100 Łapy oświadczam,
iż spełniam warunek udziału w postępowaniu, o którym mowa w punkcie 5.1.3b SIWZ, który brzmi:

**- w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, należycie wykonałem lub wykonywałem min. 1 usługę polegającą na praniu bielizny szpitalnej oraz wdrożenie systemu RFID o wartości nie mniejszej niż 80 000,00 zł brutto:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Odbiorca (Zamawiający) | Okres lub data wykonania | Przedmiot (zakres) wykonanej usługi | Wartość umowy brutto |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Na potwierdzenie w/w danych załączam dowody potwierdzające, że wykazane usługi zostały

wykonane lub są wykonywane należycie.

Jeżeli wykonawca polega na wiedzy i doświadczeniu innych podmiotów należy do powyższego

wykazu dołączyć pisemne zobowiązania tych podmiotów do oddania do dyspozycji niezbędnych

zasobów na potrzeby wykonania zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*