

**Załącznik numer 10 do SWZ**

**na wykonanie w formule zaprojektuj i wybuduj zadania inwestycyjnego pn.**

**„Rozwój infrastruktury szpitala ,,Pro-Medica’’ w Ełku Sp. z o.o. poprzez budowę budynku wraz**

**z wyposażeniem i infrastrukturą techniczną, z przeznaczeniem na opiekę długoterminową”**

*realizowanego w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności: Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” Inwestycja D4.1.1 „Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym”.*

**Znak Sprawy 915/2025**

**Wykonawca:**

………………………………………

…........................................................

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………....................................................

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ USŁUG WYKONANYCH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wykonanej usługi** | **Wartość wykonanej usługi** | **Daty i miejsca wykonania** | **Podmioty, na rzecz których usługi te zostały wykonane** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*……………………………………….*

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*