Załącznik nr 8 do SWZ

**WYKAZ WYKONANYCH W CIĄGU 3 LAT\* USŁUG**

Pełna nazwa Wykonawcy: .............................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ........................................................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa zamówienia**  | **Wartość brutto usług**  | **Termin realizacji zamówienia****[od dd/mm/rrrr****do dd/mm/rrrr]** | **Zakres zamówienia (w tym opis zakresu wykonywanych usług odpowiadających zakresowi wymaganemu w opisie warunku udziału w postępowaniu)** | **Nazwa podmiotu, na rzecz którego wykonano usługę** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

\*) jeśli okres działalności jest krótszy, to w tym okresie

Do wykazu należy załączyć dowody określające, czy 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 wykonywane, 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 wykonanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy;

**Załącznik nr 9 do SIWZ**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Pełna nazwa Wykonawcy: ........................................................................................................................………………...................................

Adres Wykonawcy: ................................................................................................................………………......................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwiskoi imię** | **Proponowana rola w realizacji zamówienia** | **Doświadczenie** | **Informacjao podstawie dysponowaniem tymi osobami [np. umowa o pracę]** |
| **1.** |  | ***Kierownik/koordynator/osoba nadzorująca*** | 1. Posiada doświadczenie w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy to w tym okresie w pełnieniu funkcji nadzorczej przy co najmniej jednej usłudze specjalistycznego sprzątania i całodobowego utrzymania czystości, współdziałania z personelem medycznym w zakresie opieki nad pacjentem, dystrybucji do łóżka pacjenta posiłków oraz transportu pomiędzy komórkami organizacyjnymi Zamawiającego, realizowaną dla podmiotu leczniczego prowadzącego działalność medyczną związaną z 24 godzinną opieką nad pacjentem wykonywaną w oddziałach szpitalnych w tym w oddziale intensywnej terapii, blokach operacyjnych, salach porodowych. Usługa powinna spełniać poniższe warunki:1. okres sprawowania nadzoru/kierowania nieprzerwanie przez …… miesięcy;
2. ilość nadzorowanych pracowników …… osób.

2. Doświadczenie (wymagane na podstawie Rozdziału V pkt 3 SWZ, Warunek 3.4. Warunek 2:a) Nazwa podmiotu na rzecz, którego wykonywana była usługa oraz termin realizacji usługi : ……… |  |
| **2.** |  | ***Kierownik/koordynator/osoba nadzorująca*** | 1. Posiada doświadczenie w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy to w tym okresie w pełnieniu funkcji nadzorczej przy co najmniej jednej usłudze specjalistycznego sprzątania i całodobowego utrzymania czystości, współdziałania z personelem medycznym w zakresie opieki nad pacjentem, dystrybucji do łóżka pacjenta posiłków oraz transportu pomiędzy komórkami organizacyjnymi Zamawiającego, realizowaną dla podmiotu leczniczego prowadzącego działalność medyczną związaną z 24 godzinną opieką nad pacjentem wykonywaną w oddziałach szpitalnych w tym w oddziale intensywnej terapii, blokach operacyjnych, salach porodowych. Usługa powinna spełniać poniższe warunki:1. okres sprawowania nadzoru/kierowania nieprzerwanie przez …… miesięcy;
2. ilość nadzorowanych pracowników …… osób.

2. Doświadczenie (wymagane na podstawie Rozdziału V pkt 3 SWZ, Warunek 3.4. Warunek 2:a) Nazwa podmiotu na rzecz, którego wykonywana była usługa oraz termin realizacji usługi : ……… |  |

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

*(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*