**Załącznik nr 4 do SIWZ**

 **Zamawiający:**

 Ośrodek Leczniczo – Rehabilitacyjny

 „Pałac Kamieniec” sp. z o.o.

Kamieniec, ul. Polna 2

42-674 Zbrosławice

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od*

*podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

„Doświadczenie zawodowe"

 (dotyczy udzielenia zamówienia publicznego na:

***„Świadczenie usługi w postaci stałej i bezpośredniej ochrony fizycznej obiektów i mienia Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” sp. z o.o. w 2018 roku”***

Wykaz zrealizowanych zamówień (minimum 2) o charakterze i złożoności porównywalnej z zakresem zadania będącego przedmiotem zamówienia, wykonanych w okresie ostatnich 3 lat (jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Zamawiający (odbiorca),adres, tel/faks | Przedmiot | Data wykonania | Wartość usługi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\*do każdego wykazanego zadania należy dołączyć dokument potwierdzający, że usługi te zostały zrealizowane należycie*

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

 Data, miejscowość *Podpisy osób uprawnionych do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*