**ZAŁĄCZNIK nr 4**

**Do Zamówienia nr: IBE/360/2019**

WYKAZ potwierdzający SPEŁNIANIE WARUNKu postępowania, o którym mowa w PKT. 3 ogłoszenia

**Do udziału w postępowaniu może przystąpić Wykonawca, spełniający poniższy warunek:**

|  |
| --- |
| - zrealizował co najmniej 2. umowy, w okresie ostatnich 3 lat od złożenia oferty, polegające na świadczeniu badań lekarskich z zakresu medycyny pracy, a kwota każdej z tych umów opiewała na co najmniej 20 tys. zł netto.  |
| **Lp.** | **Zleceniodawca****(pełna nazwa, adres)** | **Termin realizacji zamówienia (od –do)** | **Przedmiot zamówienia** | **Wartość zamówienia netto (PLN)** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**.......................................................................................** *(miejscowość, data)*

**......................................................................................**

 *(imię, nazwisko, stanowisko, pieczątka firmowa, podpis osoby lub osób*

*uprawnionych* *do reprezentowania Wykonawcy, który wykonał podane usługi)*