***Załącznik nr 2 do SIWZ***

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

*miejscowość, data*

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

*/nazwa i adres Wykonawcy/*

*/telefon, fax/*

*/regon, NIP/*

# Miasto

 **Szczecinek**

 **Plac Wolności 13**

 **78-400 Szczecinek**

**dotyczy: odbiór i transport odpadów komunalnych z terenu miasta Szczecinek
w terminie 01.01.2020 r. – 31.12.2020 r.**

 WYKAZ WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH USŁUG

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot usługi | Wartość usługi | Data wykonania lub wykonywaniausługi | **Podmiot, na rzecz, którego****usługa została wykonana lub jest wykonywana** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Do wykazu należy dołączyć dowody określające czy usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie (referencje).**

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

*Imię i nazwisko oraz podpis osoby*

*upoważnionej do składania oświadczeń*

*w imieniu Wykonawcy*