Znak postępowania: WKD10a-27-9/2018 *Załącznik nr 5 do SIWZ*

**Wykonawca:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Pieczęć firmowa Wykonawcy)*

|  |
| --- |
| **DOŚWIADCZENIE WYKONAWCY** |

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia pn:

**GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
DLA PRACOWNIKÓW WARSZAWSKIEJ KOLEI DOJAZDOWEJ SP. Z O.O. ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN**

oświadczamy, że reprezentowany przez nas Wykonawca w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonał lub wykonuje następujące zamówienia (**zgodnie z warunkiem określonym
w Rozdziale VII ust. 2 pkt 2) SIWZ**):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba osób objęta grupowym ubezpieczeniem zdrowotnym** | **Termin realizacji\*)** | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana lub jest wykonywana (nazwa i adres)** |
| **Rozpoczęcie****(dd/mm/rrrr)** | **Zakończenie(dd/mm/rrrr)** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

Do każdego zamówienia wymienionego w wykazie, o którym mowa powyżej należy dołączyć dowody określające, że usługi te zostały wykonane lub są wykonywane należycie, tj.:

referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane,

jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać dokumentów, o których mowa w lit. a) powyżej – oświadczenie Wykonawcy.

W przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

Ww. dokumenty należy przedłożyć w porządku odpowiadającym numeracji w tabeli.

**\*)** W przypadku powoływania się przez Wykonawcę na zamówienie będące w trakcie realizacji, zrealizowana na dzień składania ofert część zamówienia musi obejmować grupowe ubezpieczenie zdrowotne dla minimum 100 (stu) osób.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(miejscowość, data)* *(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

 *Wykonawców występujących wspólnie)*