**Załącznik nr 5 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 od właścicieli nieruchomości zamieszkałych i mieszanych na terenie miasta Szczecinek w terminie 02.01.2019 r. – 31.12.2019 r.”**

 WYKAZ WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH GŁÓWNYCH USŁUG

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

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

*Imię i nazwisko oraz podpis osoby*

*upoważnionej do składania oświadczeń*

*w imieniu Wykonawcy*