



Załącznik nr 5 do SWZ

Znak sprawy: BAK/P/17/2024

„Usługa transportu samochodowego”

WYKAZ ZREALIZOWANYCH USŁUG

Lp.	Przedmiot zamówienia	Miejsce wykonania zamówienia*	Inwestor (zamawiający) /nazwa, adres, telefon/*	Data wykonania zamówienia / rozpoczęcie-zakończenie/ rok, dzień i miesiąc*	Wartość brutto zamówienia PLN*
1.					
2.					

Podpis Wykonawcy zgodnie zapisami SWZ