**ZMODYFIKOWANY Załącznik nr 5 do SIWZ**

……………………………………………

Nazwa i adres Wykonawcy

**SP ZOZ ZSM/ZP/49/2020 Grupowe ubezpieczenie życia i zdrowia pracowników oraz ich rodzin, w tym partnerów życiowych pracowników SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie**

**WYKAZ WYKONANYCH I WYKONYWANYCH USŁUG**

(spełniających wymogi określone w SIWZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa ubezpieczanego, z którym zawarto umowę grupowego ubezpieczenia na życie | Termin realizacji umowy ubezpieczenia | Liczba osób objętych ubezpieczeniem (największa liczba osób objętych ubezpieczeniem w trakcie trwania umowy. Zamawiający dopuszcza wskazanie liczby aktualnie ubezpieczonych |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

W załączeniu dokumenty potwierdzające należyte wykonanie wykazanych usług:

1) ……………………

2) ………………..….

3) ………………….…

…………...................... ...............................................................

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)