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

 pieczęć oferenta

**Wykaz realizacji usług**

1. **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu – rozdz. III ust. 1 pkt 2 lit. b MI\***

**\* (Oferent modyfikuje tabelę wg. swoich potrzeb)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu usługi | Okres trwania umowy [dd-mm-rrrr - dd-mm-rrrr] | Podmiot leczniczy, dla którego była/jest wykonywany/-a usługa  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Usługi wykazywane w ramach punktacji pocenowego kryterium oceny ofert – Doświadczenie Przyjmującego Zamówienie (rozdz. V ust. 1 pkt 2, rozdz. V ust. 3 MI) \***

**\* (Oferent modyfikuje tabelę wg. swoich potrzeb)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu usługi | Okres trwania umowy [dd-mm-rrrr - dd-mm-rrrr] | Podmiot leczniczy, dla którego była/jest wykonywany/-a usługa |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 ......................................................

 data i podpis Oferenta

 lub osoby upoważnionej