….....
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

2. **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