

.....
Pieczęć Wykonawcy

WYKAZ USŁUG

Wykaz wykonanych a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych ~~dostaw~~/usług* w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, oraz załączeniem dokumentu potwierdzającego, że te ~~dostawy~~/usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

Lp	Przedmiot zamówienia i jego charakterystyka (min. 1 usługa)	Miejsce wykonania Zamawiający - adres i nr telefonu	Wartość zamówienia brutto -	Okres realizacji	
				Rozpoczęcie	Zakończenie
1					
2					
3					
4					
5					

.....
miejsce i data

.....
pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy

Beneficjent:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
ul. Młyńska 2
63 - 700 Krotoszyn

tel. 62 588 03 90
fax. 62 588 04 02
www.spzoz.krotoszyn.pl
spzoz@krotoszyn.pl

