

Wykonawca:

.....

.....

.....

tel./fax:

Samodzielny Publiczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Kozienicach
Al. Wł. Sikorskiego 10
26-900 Kozienice
tel./fax.:/48/ 614 82 34, 614 81 39

Wzór wykazu

wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, dostaw lub usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, 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 lub usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie

Lp.	Opis świadczonych usług	Podmiot zlecający	Miejsce wykonania	Daty wykonania	Wartość wykonanych usług
1	2	3	4	5	6

W załączeniu dokumentu potwierdzającego, że dostawy lub usługi zostały wykonane należycie i/lub prawidłowo ukończone.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy