…...................................... Załącznik nr 6 do MI

pieczęć oferenta Konkurs nr 2/2019

**Wykaz usług**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | Okres trwania usługi [mm/rrrr - mm/rrrr] | Podmiot leczniczy, dla którego był wykonywany przedmiot zamówienia | Roczna wartość BRUTTO (wykonana) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

data i podpis Oferenta

lub osoby upoważnionej