

Nazwa i adres Wykonawcy:

.....

**Wykaz wykonanych lub wykonywanych usług – należy złożyć wraz z ofertą**

Lp.	Opis wykonanych / wykonywanych usług	Nazwa podmiotu, na rzecz którego usługa, o której mowa w kolumnie 2 została wykonana lub jest wykonywana	Termin wykonania usługi od [dzień/miesiąc/rok] do [dzień/miesiąc/rok]	Wartość usługi brutto
1	2	3	4	5
1.	Czy usługa polegała lub polega na świadczeniu usług medycznych w zakresie medycyny pracy oraz specjalistycznych usług medycznych  <b>TAK* / NIE*</b>			
2.	Czy usługa polegała lub polega na świadczeniu usług medycznych w zakresie medycyny pracy oraz specjalistycznych usług medycznych  <b>TAK* / NIE*</b>			
3.	Czy usługa polegała lub polega na świadczeniu usług medycznych w zakresie medycyny pracy oraz specjalistycznych usług medycznych  <b>TAK* / NIE*</b>			

**\* niepotrzebne skreślić**

Do wykazu dołączono ..... egzemplarzy dowodów określających, czy wykazane usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

Kwalifikowany podpis elektroniczny