…......................................

pieczęć oferenta

**Wykaz realizacji usług**

1. **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu – rozdz. III ust. 1 pkt 2 lit. b MI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Okres wykonywania umowy: od – do [dd:mm:rrrr]** | **Pełna nazwa i adres podmiotu leczniczego, dla którego był wykonywany przedmiot zamówienia** |
| **1** | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki histopatologicznej i cytologicznej wskazanych w załączniku nr 2 do MI |  |  |
| **2** | jw. |  |  |
| **3** | jw. |  |  |
| **4** | jw. |  |  |
| **5** | jw. |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

data i podpis Oferenta

lub osoby upoważnionej