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

pieczęć oferenta

**Wykaz usług**

1. **Potwierdzenie warunku – rozdz. III ust. 3 MI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia wg. rozdz. III ust. 3** | **Okres wykonywania usługi/umowy/: od – do [dd:mm:rrrr]** | **Pełna nazwa podmiotu leczniczego, dla którego był wykonywany przedmiot zamówienia** |
| **1** | wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych |  |  |

1. **Potwierdzenie kryterium – rozdz. IV ust. 3 MI\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia wg. rozdz. IV ust. 3, pkt. 1** | **Okres wykonywania usługi/umowy/: od – do [dd:mm:rrrr]** | **Pełna nazwa podmiotu leczniczego, dla którego był wykonywany przedmiot zamówienia** |
| **1** | wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych |  |  |

\* Dotyczy realizacji świadczeń w innych okresach (jeśli dla tego samego podmiotu) lub dla innych podmiotów niż wskazanych w tabeli 1.

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

data i podpis Oferenta

lub osoby upoważnionej