

WYKAZ USŁUG

Wykonawca:

.....

1. Liczba pełnych zakończonych audytów w ciągu ostatnich 4 lat: (podać liczbę)
2. Wykaz minimum 5 usług polegających na przeprowadzaniu badań sprawozdań finansowych podmiotów prowadzących działalność leczniczą w okresie ostatnich 4 lat:

| Lp. | Nazwa i adres podmiotu leczniczego | Zakres zamówienia | Okres realizacji zamówienia (podać daty) |
|-----|------------------------------------|-------------------|--|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

....., dnia

.....
(uprawniony przedstawiciel Wykonawcy)