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

*(pieczątka adresowa Wykonawcy)*

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga Południe**

**ul. Krypska 39, 04-082 Warszawa**

**Wykaz podmiotów leczniczych, w których przeprowadzono badania sprawozdań finansowych przez kluczowych biegłych rewidentów wskazanych w ofercie w okresie ostatnich czterech lat**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot dla którego wykonano usługę** | **Rodzaj wykonanej usługi** | **Data rozpoczęcia i zakończenia realizacji zamówienia (m-c, rok)** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |

**Uwaga:**

**Minimalna liczba podmiotów leczniczych wynosi 4.**

W przypadku gdy oferent wpisze liczbę podmiotów leczniczych mniejszą niż 4 lub nie wpisze liczby podmiotów, jego oferta nie przejdzie do dalszego etapu.

…………………………………………………………………

*(Podpis i pieczątka upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy)*