

**WYKAZ USŁUG – OŚWIADCZENIE**

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)