**WYKAZ DOŚWIADCZENIA**

**SKIEROWANO DO:**

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Centrum Lekarskie „Alfa” Spółka Jawna

Ryszard Sędziak i Wspólnicy,

ul. Grażyny 9, 43-300 Bielsko-Biała

NIP: 5471844059

KRS: 0000439966

**Dane wykonAwcy:**

Nazwa: …………………………………………………………………………………

Adres siedziby: …………………………………………………………………………………

NIP: …………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Dane Zamawiającego** | **Przedmiot zamówienia** | **Wartość netto zamówienia** | **Okres realizacji** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

W załączeniu do niniejszego wykazu przedstawiam następujące referencje lub inne dokumenty należycie potwierdzające wykonanie zamówień:

1. ……………………………………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………
5. ……………………………………………………………………………………………

……………………………..

(miejscowość, data)

…………….…………………………………………..

(podpis umożliwiający ustalenie osoby składającej podpis (np. czytelny podpis lub podpis i pieczątka imienna), przez osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy lub przez Wykonawcę osobiście lub należycie umocowanego pełnomocnika)