Załącznik nr 4 do Zapytania Ofertowego nr **1/II/2026**

**WYKAZ OSÓB I REALIZACJI**

**REHABILITACJA AMBULATORYJNA KUDOWA Sp z o.o.**

**ul. Pogodna 16**

**57-350 Kudowa-Zdrój**

Nazwa oraz adres Zamawiającego

**„Dostawa podnośnika windowego umożliwiającego transport pacjenta na łóżku”**

1. **Wykaz realizacji**

Wykaz potwierdzający doświadczenie Wykonawcy wg kryteriów opisanych w zapytaniu ofertowym

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa własna realizacji** | **Adres realizacji** | **Data przeprowadzonej realizacji** | **Budżet realizacji** |
| 1 |  |  |  |  |

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

Data Podpis Wykonawcy