

## WYKAZ USŁUG

dotyczy wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu  
na „ŚWIADCZENIE USŁUG SERWISOWYCH W ZAKRESIE POSIADANEGO OPROGRAMOWANIA  
APLIKACYJNEGO dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie”

Nazwa i adres Wykonawcy .....

Lp.	Przedmiot dostawy (*)	Wartość dostawy brutto [PLN]	Data wykonania [DD-MM-RRR]	Podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonane	Uwagi (np. zasób własny/udostępniony)

Miejscowość ....., dnia .....

(\*) Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć dokumenty potwierdzające należyte wykonanie wskazanych w tabeli usług

Informacja dla Wykonawcy:

Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem(-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.