**WYKAZ USŁUG**

**Wykaz zrealizowanych co najmniej 2 usług zdrowotnych w zakresie medycyny pracy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego Wykonawca zrealizował usługę** | **Opis przedmiotu umowy/zamówienia** | **Termin(y) wykonania usługi** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

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

(miejscowość, data)

……………………………………………………..

/podpis Wykonawcy lub upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy/