

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

Zamawiający:

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony
ul. Mirowska 15 42 – 200 Częstochowa

Wykonawca:

.....
.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....
.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)

WYKAZ WYKONANYCH USŁUG

Składając ofertę w niniejszym postępowaniu oświadczam, że wykonaliśmy następujące usługi odpowiadające wymaganiom Zamawiającego:

Lp.	Nazwa i adres Wykonawcy albo podmiotu udostępniające ud zasoby, o których mowa w art.118 ust.1 ustawy PZP*	Podmiot na rzecz którego wykonano zamówienie (nazwa i adres)	Przedmiot zamówienia (opis usług)	Wartość brutto usługi wykonanej przez Wykonawcę albo podmiot udostępniający zasoby, o których mowa w art.118 ust.1 ustawy PZP	Okres realizacji usług (początek: dd/mm/rr – zakończenia: dd/mm/rr)
1					
2					

Podpis Wykonawcy

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

Zamawiający:
SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony
ul. Mirowska 15
42 – 200 Częstochowa

Wykonawca:

.....
.....
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....
.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Składając ofertę w niniejszym postępowaniu oświadczam, że do realizacji przedmiotowego zamówienia zostaną skierowane następujące osoby:

L.p.	Imię i Nazwisko	Kwalifikacje zawodowe – wskazanie uprawnień radcy prawnego/adwokata; data wpisu na listę radców prawnych/adwokatów	Zakres wykonywanych czynności w przedmiotowym postępowaniu	Informacja o sposobie dysponowania osobą (umowa o pracę/umowa zlecenie/umowa o dzieło/właściciel/zob owiązanie innego podmiotu/inne – zaznaczyć, podać)

Podpis Wykonawcy