**Załącznik nr 5**

**Wykaz usług wraz z referencjami**

Nazwa Wykonawcy ...................................................................................................................................

Adres Wykonawcy .....................................................................................................................................

Nr telefonu ........................................... Nr faxu ......................................................................

Wykaz minimum dwóch wykonanych dostaw urządzeń medycznych o wartości zbliżonej do przedmiotowego zamówienia w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeśli okres prowadzenia Firmy jest krótszy – w tym okresie z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Wartość zamówienia | Data wykonania zamówienia | Odbiorca  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

UWAGA

**Do oferty należy dołączyć referencje**.

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

 (podpis i pieczęć wykonawcy)