**Załącznik nr 2 po modyfikacja z dnia 31.10.2022 r.**

Nazwa postępowania:

**Zapytanie ofertowe sprawie opracowania Programu Naprawczego** **Szpitala Miejskiego   
w Miastku Sp. z o.o.**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Szpital Miejski w Miastku Sp. z o.o.**

**Ul. Wybickiego 30**

**77-200 Miastko**

**WYKONAWCA:**

Nazwa: ......................................................................................................................

Siedziba: ...................................................................................................................

**WYKAZ USŁUG I WYMAGANEGO DOŚWIADCZENIA**

Przystępując do udziału w przedmiotowym postępowaniu przedstawiamy poniżej wykaz usług na potwierdzenie spełniania wymaganego przez Zamawiającego warunku udziału w postępowaniu oraz kryterium oceny ofert.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Zakres usługi** | **Nazwa zamawiającego** | **Data** (dzień, miesiąc, rok) **rozpoczęcia i zakończenia realizacji usługi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwaga:

1. Z informacji zamieszczonych w wykazie musi jednoznacznie wynikać, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w Zapytaniu ofertowym.
2. W wykazie Wykonawca może wskazać dodatkowe usługi, które będą podlegały ocenie zgodnie z pkt. VII Zapytania Ofertowego.

............................., dnia ...................... r.

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

*podpis upoważnionego przedstawiciela   
Wykonawcy*