



Załącznik nr 10 do SIWZ  
Numer sprawy : SPZOZ/ZP/123/4/2017

**Zamawiający:**  
Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
ul. Wysokogórska 6  
59-420 BOLKÓW

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

Lp.	Warunek, jaki ma spełniać usługa/dostawa	Opis zamówienia	Data wykonania-zakończenia dd/mm/rrrr)	Nazwa odbiorcy	Wykonawca wskazuje swoje doświadczenie*/ polega na podmiocie trzecim (art. 22a ustawy Pzp.)*	Wartość
1	Rozdział .....	Nazwa zamówienia: ..... .....				
		Zakres usługi				
	Rozdział .....	Nazwa zamówienia: ..... .....				
		Zakres usługi/dos				

....., dnia ..... 2017 r.

.....  
(data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)