Załącznik nr 7

### **WYKAZ usług**

**Dotyczy zamówienia na: Usługi przeglądu i konserwacji sprzętu medycznego**

**znak sprawy ZOZ/DZP/ZO/5/23**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot usługi | Zakres usługi | Data wykonania (od – do) | Odbiorca |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***Uwaga!***

*Do wykazu należy dołączyć dokument potwierdzający, że usługi wymienione w wykazie zostały wykonane należycie lub są wykonywane należycie.*

 …………………………………

 Podpis

 osoby / osób upoważnionych