



ZAMAWIAJĄCY: GMINA KUNÓW
ul. Warszawska 45B, 27-415 Kunów
tel./fax 41/26-13-174, 261-13-62, 261-13-56
NIP 661-21-59-982

Dane dotyczące Wykonawcy:

Imię Nazwisko/nazwa:

Adres:

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu:

Numer faksu:

Numer NIP:

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG W CIĄGU OSTATNICH 3 LAT, A JEŻELI OKRES
PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI JEST KRÓTSZY - W TYM OKRESIE**

Składany do zadania pn.:

**„Usługi w zakresie medycyny pracy na rzecz pracowników Urzędu Miasta i Gminy w Kunowie oraz
członków Ochotniczych Straży Pożarnych”**

OŚWIADCZAM(Y), ŻE

wykonałem(wykonaliśmy) następujące USŁUGI:

Lp.	Przedmiot usługi	Wartość brutto w zł. usługi	Czas realizacji	Zleceniodawca
1				
2				

Do oferty należy dołączyć referencje lub inne dokumenty potwierdzające należyte wykonanie usług.

.....
Miejscowość, data

.....
*Podpis osoby uprawnionej do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczęć*