

....., dnia .....

**Wykaz wykonanych lub wykonywanych usług obsługi prawnej sp. z o.o.  
(podstawa do przyznania punktów w kryterium oceny ofert  
doświadczenie w zakresie obsługi prawnej  
samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – 40%),  
wraz z załączeniem dokumentu potwierdzającego, że te usługi zostały wykonane lub są  
wykonywane należycie.**

<b>Lp.</b>	<b>Odbiorca (adres)</b>	<b>Przedmiot usługi</b>	<b>Okres wykonanych usług</b>

\_\_\_\_\_  
*(pieczęćka i podpis wykonawcy  
lub osoby upoważnionej)*