Załącznik nr 2

**Wykaz usług\***

polegających na przeprowadzeniu badania sprawozdań finansowych podmiotów leczniczych (w okresie ostatnich 36 miesięcy przed upływem terminu do składania ofert a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i adres podmiotu, u którego przeprowadzone zostało badanie sprawozdania finansowego | Badanie za rok |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*Do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające, że usługi zostały wykonane należycie.

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

Podpis osób/osoby upoważnionej