***Załącznik nr 4***

*................................................................*

pieczątka firmowa Wykonawcy

**Wykaz biegłych rewidentów, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia -**

**kryterium „doświadczenie biegłych rewidentów w badaniu sprawozdań finansowych szpitali publicznych ”**

**(**biegli rewidenci wchodzący w skład zespołu wykonującego badanie, wykonali łącznie badanie co najmniej 3 sprawozdań finansowych za lata 2024 - 2026 dla szpitali publicznych)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Imię i nazwisko | Numer wpisu na listę biegłych rewidentów prowadzoną przez Krajową Radę Biegłych Rewidentów (KIBR) | Nazwa podmiotu, dla którego usługi były świadczone | Data wykonania usługi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*.............................................................................. ...............................................................................................*

Miejscowość, data pieczątka i podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej

do występowania w imieniu Wykonawcy