**WYKAZ ZAMÓWIEŃ**

1. **Zamawiający**

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji** z siedzibą w Opolu, 45-075 Opole, ul. Krakowska 44, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 39436, posiadającym
NIP: 7541091489 oraz REGON: 531163515,

1. **Wykonawca:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Adres Wykonawcy** |
|  |  |

1. **Wykaz zamówień na potrzeby wykazania spełniania warunków udziału**

Oświadczamy, że w okresie ostatnich 24 miesięcy realizowaliśmy bieżącą obsługę prawną podmiotów leczniczych w zakresie przedstawionym poniżej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zamawiający** **(nazwa, adres, telefon do kontaktu)** | **Daty wykonania** | **Wartość**  |
| **Rozpo-częcie** | **Zakoń-czenie** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |

1. **Wykaz zamówień na potrzeby oceny ofert**

Oświadczamy, że realizujemy/realizowaliśmy bieżącą obsługę prawną podmiotów leczniczych w zakresie przedstawionym poniżej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zamawiający** **(nazwa, adres, telefon do kontaktu)** | **Daty wykonania** |
| **Rozpo-częcie** | **Zakoń-czenie** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |
| **15.** |  |  |  |
| **16.** |  |  |  |
| **17.** |  |  |  |
| **18.** |  |  |  |
| **19.** |  |  |  |
| **20.** |  |  |  |

1. **Podpisy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość****i data** | **Pieczęć Wykonawcy** | **Imię i nazwisko osoby / osób upoważnionych do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy** | **Podpis osoby / osób upoważnionych do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy** |
|  |  |  |  |