**Załącznik nr 4**

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

 *(pieczęć wykonawcy)*

**Dotyczy zapytania ofertowego, którego wartość netto nie przekracza progu określonego w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy PZP dla usługi pod nazwą:**

**„Świadczenie usług serwisowych sprzętu medycznego: Napęd motorowy Trauma Recon System prod. Synthes Sp. z o.o.”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa prowadzonego zadania/Przedmiot zadania** | **Podmiot na rzecz, którego zadanie zostało wykonane** | **Wartość****zadania** | **Data wykonania** |
| **Rozpoczęcia** | **Zakończenia** |
|  |  |  |  |  |

***Uwaga: wykazane zadania należy potwierdzić dokumentami stwierdzającymi ich należyte wykonanie***

………………………………………………………

 *(miejscowość, data)*

 ..................................................................

*(podpis i pieczątka osób/osoby upoważnionych do występowania w imieniu wykonawcy)*