Załącznik nr 2 do SWK

WYKAZ PODMIOTÓW LECZNICZYCH
udzielających świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnego z którymi Oferent ma lub miał w okresie 3 ostatnich lat od daty ogłoszenia Konkursu podpisaną umowę na wykonywanie usług brokerskich

Nazwa Oferenta.....

L.p.	Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego i rodzaj wykonywanych świadczeń zdrowotnych	Okres obowiązywania umowy	Zakres świadczonych usług brokerskich na rzecz podmiotu leczniczego
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
(…)			

Na potwierdzenie warunku udziału w postępowaniu konkursowym zgodnie z treścią SWK pkt. 4, ppkt. 1 lit. g)

…… ……
Miejscowość, data podpis/y Oferenta lub osoby (osób) uprawnionych do występowania w imieniu Oferenta