ZP. 1.2025 Załącznik nr 3 do SWZ

**Wykonawca:**

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

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

 (pełna nazwa/firma, adres, adres e-mail)

**Wykaz usług**

Dotyczy: **Usługa sanitariusza świadczącego pomoc pacjentom w jednostkach Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot usługi**  | **Data wykonania usługi**  | **Podmiot na rzecz którego usługi zostały wykonane** | **Wartość brutto usługi**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

……………..(*miejscowość),* dnia……… …….……....……………………………………….  *( podpis osoby lub osób uprawnionych*

 *do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy)*