

Załącznik 1.2. WYKAZ USŁUG

Lp.	Rodzaj usługi	Opis wniosku (należy wskazać nazwę projektu i jego zakres)	Kwota wniosku w zł	Uzyskał dofinansowanie TAK/NIE	Zamawiający (nazwa i adres)	Termin realizacji
1	Doświadczenie Wykonawcy w pozyskaniu środków na realizację projektów infrastrukturalnych dla działalności medycznej w okresie ostatnich minimum 5 lat przed upływem terminu składania ofert, o wartości nie niższej niż 5 mln zł za projekt					

.....
podpis osoby upoważnionej