Załącznik nr 4
do zapytania ofertowego

……………………………………………………………………………

(Data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta)

**Wykaz usług**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rok, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego | Nazwa podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego | Adres podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego | Numer telefonu podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego | Suma bilansowa podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |  |