**Załącznik nr 4 do SWKO**

Pieczęć Wykonawcy  
 (nazwa i adres Wykonawcy)

INFORMACJA NA TEMAT DOŚWIADCZENIA

*Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu*

*badań patomorfologicznych obejmujących: BADANIE HISTOPATOLOGICZNE, CYTOLOGIA GINEKOLOGICZNA, BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA, OZNACZENIE RECEPTORÓW:*

*HER-2, Ki-67, estragenowych (PR), progestronowych (ER)  
w latach 2014-2016 dla Przychodni Specjalistycznej w Tarnobrzegu.*

Oświadczamy, że wykazujemy się doświadczeniem polegającym na wykonaniu w okresie ostatnich   
3 lat przed upływem terminu składania ofert następujących usług odpowiadających wymaganiom Zamawiającego.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i adres Zamawiającego/Zlecającego | Zakres zamówienia | Wartość | Data końcowa wykonania umowy |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Załączamy dokumenty potwierdzające, że wskazane w wykazie usługi zostały wykonane należycie.

……………………………dn. ………….2014 r. ………………………………………………………

Imienna pieczątka i podpis osoby upoważnionej   
lub osób upoważnionych przez Wykonawcę