**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,
CYTOLOGIA PŁYNU, BAC - BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA,
BAC - BIOPSJA ASPIRACYJNA GRUBOIGŁOWA, OZNACZENIE RECEPTORÓW:
HER-2 (metodą FISH), Ki-67, PR, ER, BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE

w latach 2016-2018 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. ………….2016 r. ………………………………………………………

Imienna pieczątka i podpis osoby upoważnionej
lub osób upoważnionych przez Wykonawcę