**Propozycja/wzór**

**Wykaz usług**

**Załącznik nr 5 do IDW**

**Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

 ul. Podróżnicza 26/28

53-208 Wrocław

NIP: 894 24 60 800; REGON: 000313331

**Znak postępowania …………**

**„Rozbudowa oprogramowania medycznego poprzez wykonanie i wdrożenie systemu PACS wraz z opieką serwisową we Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ”**

**WYKAZ USŁUG**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wartość usługi** | **Przedmiot usługi** | **Okres realizacji (data rozpoczęcia i zakończenia)** | **Zamawiający (nazwa i adres)** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

Do powyższego wykazu dołączamy następujące dokumenty potwierdzające, że wykazane usługi zostały wykonane należycie:

* 1. ...............................................................................
	2. ...............................................................................
	3. ...............................................................................

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy