***Załącznik nr 6***

WYKAZ PODMIOTÓW DLA KTÓRYCH PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE ŚWIADCZY/ ŚWIADCZYŁ USŁUGI PROTETYCZNE   
W CIĄGU OSTATNICH TRZECH LAT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu** | **Czas realizacji świadczeń** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

……………………………………………….. ………………………………………………………………………………………..

(miejscowość i data) (podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentacji)