

## WYKAZ WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH USŁUG

Wykonawca .....

Nazwa: .....

Adres: .....

NIP: .....

Lp.	Rodzaj/przedmiot zamówienia	Daty wykonania		Podmioty, na rzecz których usługi zostały wykonane/są wykonywane
		początek	zakończenie	
1				
2				
3				
4				

Data .....

.....  
(podpis oraz pieczęć osoby uprawnionej)

DYREKTOR  
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie  
w Krośnie  
  
Iwona Wójcik-Druciak