Załącznik nr 3 do ZO-45/24/JG

Wykaz usług – szkolenie okresowe w dziedzinie bhp przeznaczone dla pracowników NIO-PIB

**WYKAZ USŁUG**

w imieniu:

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

/pełna nazwa/firma Wykonawcy, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,KRS/CEiDG/

poniżej przedstawiam wykaz placówek medycznych z zatrudnieniem (bez względu na formę zatrudnienia) powyżej 2000 (dwóch tysięcy) osób każda, w których w ciągu ostatnich 5 (pięciu) lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie - zostało przeprowadzone szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy z załączeniem dowodów potwierdzających, że usługa została wykonana należycie (zgodnie z wymaganiami Zamawiającego określonymi w ZO).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres Zamawiającego(podmiotu, w którym przeprowadzono szkolenie) | Przedmiot usługi | Termin realizacji usługi(dzień, miesiąc, rok) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Do wykazu załączam dowody (referencje/ dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana potwierdzające, że usługa został wykonana należycie).**

.................................................................................................

/pieczątka imienna i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy/

.......................................................................

/miejscowość, data/