Stowarzyszenie „Nieść Ulgę w Cierpieniu"
im. Ojca Pio i Matki Teresy
ul. Salezjańska 7 | 96-300 Żyrardów | Tel. 783 383 220
e- mail: niesculgewcierpieniu@gmail.com | www.niesculgewcierpieniu.pl
Nr KRS: 0000197373 | NIP 838 175 21 48

FORMULARZ DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

Składając ofertę (zgodnie z wymaganiami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia) oświadczam, że posiadam doświadczenia zawodowe w projektowaniu i nadzorowaniu przynajmniej jednego obiektu służby zdrowia o podobnej funkcji opisanej w niniejszym SIWZ tzn. wielofunkcyjnego ośrodka o profilu hospicyjnym:

L.p.	Nazwa obiektu i jego lokalizacja	Lata realizacji dokumentacji.	Przybliżony koszt inwestycji.	Koszt dokumentacji.

Do oferty dołączam referencje ilość kart. ……..

…… ……
Miejscowość/data. *Podpis:*

NINIEJSZE OPRACOWANIE JEST CHRONIONE USTAWĄ o PRAWIE AUTORSKIM i PRAWACH POKREWNYCH .
JEGO KOPIOWANIE, POWIELANIE LUB PUBLIKOWANIE, w CZĘSCI lub w CAŁOŚCI BEZ ZGODY AUTORÓW JEST ZABRONIONE ®.
(Dz.U. Nr 24, poz. 83, art.1 punkt 2 z dnia 23.02.1994 r. z późniejszymi zmianami)