**Zapytanie ofertowe nr: Z-OF/1/2023**  **Załącznik Nr 3**

**Nazwa i siedziba Wykonawcy:** ……………………………………………………………………………….…………………………………………………………....

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

**WYKAZ PODMIOTÓW MEDYCZNYCH, U KTÓRYCH WDROŻONO PROGRAM ENOVA365**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Określenie przedmiotu zamówienia** | **Data wykonania wdrożenia (podać dzień, miesiąc i rok rozpoczęcia i zakończenia)** | **Nazwa i adres Podmiotu** |
| 1. |  | Rozpoczęcie: \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zakończenie: \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 2. |  | Rozpoczęcie: \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zakończenie: \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 3.  |  | Rozpoczęcie: \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zakończenie: \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

……………………………… ………….……...………………….

 (miejscowość, data) czytelny/e podpis/y Wykonawcy

lub osoby (osób) uprawnionej(ych)

 do reprezentacji Wykonawcy