



Zespół Opieki Zdrowotnej „Legionowo” sp. o.o. 05-120 Legionowo ul. Sowińskiego 4
www.nzozlegionowo.pl, sekretariat@nzozlegionowo.pl, tel/22 774-26-34, fax: 22 767-59-01

Zapytanie ofertowe nr: Z-OF/1/2023

Załącznik Nr 3

Nazwa i siedziba Wykonawcy:

WYKAZ PODMIOTÓW MEDYCZNYCH, U KTÓRYCH WDRÓŻONO 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: _____	

.....
(miejsowość, data)

.....
czytelny/e podpisy Wykonawcy
lub osoby (osób)uprawnionej(ych)
do reprezentacji Wykonawcy