



Krajowe Centrum
Bankowania Tkanek i Komórek

ul. Chałubińskiego 5, 02-004 Warszawa, tel./fax 022 621 75 43, tel. 022 696 13 36
sekretariat@kcbtik.pl

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego 10/2024/KCBTiK

**WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW, W OKRESIE OSTATNICH TRZECH LAT PRZED
UPŁYWEM TERMINU SKŁADANIA OFERT, A JEŻELI OKRES PROWADZENIA
DZIAŁALNOŚCI JEST KRÓTSZY - W TYM OKRESIE, W ZAKRESIE I WARTOŚCI
ZGODNIE Z OGŁOSZENIEM O ZAMÓWIENIU***

NAZWA
WYKONAWCY _____

Adres Wykonawcy _____

tel. _____ fax. _____

Lp.	Przedmiot zamówienia (czy realizacja polegała na dostawie SYSTEMU PARAFINOWEGO DO ZATAPIANIA PREPARATÓW HISTOLOGICZNYCH) TAK/NIE.)	Podmiot na rzecz, którego dostawy/usługi zostały wykonane (nazwa, adres)	Data wykonania (od...do...) Podać dzień, miesiąc i rok

*** Należy dołączyć dowody potwierdzające, że dostawy/ zostały wykonane należycie**

.....
*/podpisy upewnomocnionych
przedstawicieli Wykonawcy/*