

.....
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
ul. Kościuszki 26, 87-800 Włocławek
tel./ fax 054/ 411 63 99, NIP 888-19-63-351

(18)
MOPR.AK.AZ.3320.6.3.2014

.....
Nazwa Wykonawcy, dane adresowe

Wykaz wykonanych (a w przypadku świadczeń ciągłych również wykonywanych) usług

Lp.	Przedmiot usługi	Data wykonania	Wartość brutto w PLN	Odbiorca
1.				
2.				

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis osoby/ób uprawnionej/ych
do reprezentowania Wykonawcy)