NASLOV NAROČNIKA (POTRJEVALCA REFERENCE):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime kontaktne osebe in telefonska številka kontaktne osebe:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### IZJAVA - POTRDILO REFERENCE

Pod kazensko in materialno odgovornostjo izjavljamo, da je ponudnik \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ opravljal storitve čiščenja bolnišničnih prostorov vključno s čiščenjem operacijskih prostorov v zdravstveni dejavnosti, neprekinjeno najmanj eno leto strokovno, kvalitetno in v skladu z dogovorom, v času od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:

Žig naročnika: Ime in podpis odgovorne osebe

naročnika: