**REFERENČNO POTRDILO**

**Naročnik referenčnega posla:**

Naziv:

Poslovni naslov:

**Izvajalec** **referenčnega posla (ponudnik):**

Naziv:

Poslovni naslov:

Spodaj podpisani izjavljamo, da je izvajalec referenčnega posla na podlagi       *(vpiše se št. pogodbe, naročilnice, dogovora ali druge podlage),* sklenjene z dne       *(vpiše se datum sklenitve pogodbe)* uspešno izvedel referenčni posel.

Referenčni posel je obsegal je obsegal opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju sanitetnih prevozov na/z dialize na območju občin/-e:

Obdobje izvajanja referenčnega posla: od       do       .

Predmetno izjavo je mogoče preveriti pri osebi       na telefonski številki       ali elektronskem naslovu:       .

Kraj, datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Žig, ime in priimek ter podpis zakonitega zastopnika naročnika referenčnega posla:

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