|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca:** | **reprezentowany przez:** |
|  |  |
| *pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG* | *imię, nazwisko osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy / stanowisko/podstawa do reprezentacji* |

**WYKAZ DOSTAW**

odpowiadających wymaganiom Zamawiającego określonym w SWZ w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn.:

„**DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO I WYPOSAŻENIA”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa dostawy  (przedmiot, rodzaj oraz krótki opis/zakres)** | **Data wykonania (dzień, miesiąc  i rok**  **rozpoczęcia i zakończenia)** | **Podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonane**  **(nazwa, adres, telefon)** | **Nazwa podmiotu, wykazującego doświadczenie\*)** |
| **Część 1 zamówienia (Pakiet nr 1)** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Część 2 zamówienia (Pakiet nr 2)** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Część 3 zamówienia (Pakiet nr 3)** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Część 4 zamówienia (Pakiet nr 4)** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Część 5 zamówienia (Pakiet nr 5)** | | | | |
|  |  |  |  |  |

**UWAGA:**

Do wykazu należy załączyć dowody określające, czy te dostawy zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie wykonawcy.

\*) wypełnić w przypadku dostaw wymienionych w wykazie, które wykonały inne podmioty niż Wykonawca, a na których wiedzy i doświadczeniu polega Wykonawca - Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów lub inny podmiotowy środek dowodowy do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia.