## ~~Załącznik nr 5 do SWZ~~

~~Nr postępowania: ZP/71/2024~~

~~Uniwersytet Medyczny w Łodzi~~

~~Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź~~

~~Wykonawca:~~

~~Nazwa: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….~~

~~Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………~~

~~NIP: ……………………………………………………………………. KRS/CEiDG: …………………………………….…………………………………~~

~~reprezentowany przez:~~

~~…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………~~

~~(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)~~

**~~Wykaz wykonanych dostaw~~**

~~Wykaz wykonanych dostaw, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie~~

| ~~Lp.~~ | ~~Podmiot na rzecz którego dostawa została wykonana lub jest wykonywana~~ | ~~Opis dostawy - zgodnie z wymaganiami wskazanymi w pkt. 5.3 SWZ~~ | ~~Termin wykonania dostawy~~  ~~(od – do)~~ | ~~Wartość brutto dostawy  w ramach dostaw wskazanych w pkt. 5.3. SWZ~~ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

~~Uwaga:~~

~~Do wykazu dostaw Wykonawca jest zobowiązany załączyć dowody potwierdzające należyte wykonanie dostaw.~~

~~Wykaz wykonanych dostaw musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.~~