#### Załącznik nr 6 do SWZ

|  |  |
| --- | --- |
| ***WYKONAWCA:***  *………………………………………………………………..*  *Pełna nazwa/firma*  *…………………………………………………………………*  *Adres*  *w zależności od podmiotu: NIP/PESEL ……..……………………….*  *REGON:…………………………………..* | ***ZAMAWIAJĄCY:***  *Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii  w Opolu*  *45-066 Opole, ul. Reymonta 8*  *NIP: 754-24-80-425*  *REGON: 000640136* |

**WYKAZ**

W celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***Przebudowa pomieszczeń na Centralną Sterylizatornię wraz z wyposażeniem   
i modernizacją szatni dla personelu medycznego w budynku B oraz przebudowa Sali Porodowej   
i utworzenie nowej z pełnym węzłem sanitarnym w budynku „A” Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu***, prowadzonego przez Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu w trybie podstawowym bez negocjacji o sygnaturze **DZP.26.2.8.2021** przedstawiam **wykaz** **robót**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj roboty** | **Wartość wykonanej roboty** (zł brutto) | **Data wykonania roboty** | **Miejsce wykonania roboty** | **Podmiot, na rzecz którego robota została wykonana** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |