**ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SIWZ**

|  |
| --- |
|  |

(pieczęć nagłówkowa Wykonawcy)

**Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych**

**Zakładów Opieki Zdrowotnej**

**im. prof. E. Wilczkowskiego**

**w Gostyninie, ul. Zalesie 1, 09-500 Gostynin**

**WYKAZ DOSTAW**

NAZWA WYKONAWCY ……………………………………………………………………………………

ADRES WYKONAWCY ……………………………………………………………………..……………..

NUMER TELEFONU/FAKSU ………………………………………………………………………………

Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, dostaw w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów na rzecz których dostawy zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów określających czy te dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy były wykonywane.

Na potwierdzenie niezbędnej wiedzy i doświadczenia Wykonawcy winni wykazać, że w ciągu ostatnich 3 lat - - wykonał conajmniej dwie dostawy w zakresie przedmiotu niniejszego zamówienia, na kwotę nie mniejszą niż złożona oferta o charakterze związanym z przedmiotem niniejszego zamówienia, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane należycie (wg załącznika nr 6).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Adres odbiorcy** | **Data i miejsce realizacji zamówienia**  **od –do** | | **Wartość zamówienia, za którą był odpowiedzialny Wykonawca** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Uwaga! Należy dołączyć dokumenty potwierdzające, że wymienione dostawy zostały wykonane należycie.**

…………………………, dnia ………2020 roku …………….……………………

(podpis Wykonawcy)