

Załącznik nr 5 SIWZ

WYKAZ DOSTAW

Nazwa i adres Wykonawcy: .....

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. realizowanego w ramach projektu nr RPO.08.04.01-20-0030/18 pn. **Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu krążenia w SP ZOZ w Sejnach z dnia 27.03.2018 r.** Wykonawca w celu potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu określonego w cz. II pkt 3.1.3. SIWZ przedstawia informacje dotyczące wykonania co najmniej jednej dostawy urządzeń medycznych:

**UWAGA – dotyczy dostaw wykonanych, 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, to w tym okresie:**

Lp	Nazwa zadania, typ, zakres, przedmiot opis dostawy charakterystyka przedmiotu dostawy  <i>(należy podać wszystkie informacje niezbędne do oceny spełniania warunku, o którym mowa w cz. II pkt 3.1.3. SIWZ)</i>	Wartość dostawy (brutto w PLN)	Okres realizacji dostawy (od /dd/mm/rr/ – do /dd/mm/rr/)	Podmiot, na rzecz którego dostawa została wykonana (nazwa, dane adresowe)	Wykonawca dostawy <sup>2</sup> (nazwa, dane adresowe)	
					Wykonawca składający ofertę	Inny podmiot udostępniający zasoby w trybie art. 22a PZP
1						

2						
3						

Należy wypełnić tabelę zgodnie z poniższą instrukcją (odnośniki do indeksów wskazanych w tabeli):

<sup>1</sup> - należy podać wszelkie informacje w zakresie potwierdzającym spełnianie warunku określonego w cz. II pkt 3.1.3. SIWZ

<sup>2</sup> - należy wybrać jedną z dwóch wskazanych opcji i wypełnić dane Wykonawcy

Wykaz należy złożyć na pisemne wezwanie Zamawiającego.

**W załączeniu przedkłada się dowody potwierdzające, że dostawy wymienione w niniejszym wykazie zostały wykonane lub są wykonywane należycie.**

.....  
(miejsowość / data)

.....  
(czytelny podpis lub podpis z pieczętką imienną osoby upoważnionej /  
osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)