### Nr SP ZOZ/DZ/50/2019 załącznik nr 5 do SIWZ

1. **…………….………………….…**
2. **nazwa Wykonawcy/pieczęć**
3. **WYKAZ ZREALIZOWANYCH DOSTAW**
4. spełniających wymagania określone w cz. VI SIWZ
5. w zakresie Pakietu nr 4

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zamawiającego****(zleceniodawcy)** | **Okres realizacji****od dz/mc/rok do dz/mc/rok** | **Nazwa zrealizowanego zamówienia** | **Wartość brutto****zrealizowanych****DOSTAW(zł)** | **Zakres realizacji potwierdzający zgodność wykazywanego doświadczenia z wymaganiami dotyczącymi przedmiotowego postępowania:** | **Dowód1****TAK/NIE** |
| **Doświadczenie własne czy zasób udostępniany przez podmiot trzeci****Doświadczenie własne TAK/NIE\*** |
| 1. |  |  |  |  |  | referencje lub inne dokumenty wystawione przez podmiot na rzecz którego dostawy były realizowane: TAK/NIE\*inne dokumenty**wraz z wyjaśnieniem** uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterzeTAK/NIE\* |
| 2. |  |  |  |  |  | referencje lub inne dokumenty wystawione przez podmiot na rzecz którego dostawy były realizowane: TAK/NIE\*inne dokumenty**wraz z wyjaśnieniem** uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterzeTAK/NIE\* |

1. **\* NIEWŁAŚCIWE SKREŚLIĆ**
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **…………………………………………………………………………………………**  PODPIS I PIECZĄTKA WYKONAWCY LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ