**Załącznik nr 7 do SWZ**

Oznaczenie postępowania: 20/ZP/TP1/D/24

**WYKONAWCA:**

Pełna nazwa/firma Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

Reprezentowany przez:

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

W zależności od podmiotu:

NIP/PESEL:

KRS/CEiDG:

**WYKAZ DOSTAW**

**(w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert,**

**a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie)**

|  |
| --- |
| Uwaga: Niniejszy wykaz należy złożyć na wezwanie Zamawiającego, w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału  w postępowaniu. |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonegopn. **Zakup łóżka bariatrycznego z podnośnikiem, wózków transportowych z funkcją stołu zabiegowego oraz wózków kąpielowych w ramach Programu inwestycyjnego modernizacji podmiotów leczniczych, pod nazwą „SOR i pracownie diagnostyczne na miarę XXI – Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o. o.”** składam następujący wykaz:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.\*** | **PRZEDMIOT DOSTAWY *(zgodnie z postawionym przez Zamawiającego warunkiem określonym w SWZ)*** | **WARTOŚĆ**  **DOSTAWY**  ***(brutto)*** | **DATA**  **WYKONANIA** | **PODMIOTY NA RZECZ, KTÓRYCH DOSTAWY ZOSTAŁY WYKONANE**  ***(nazwa)*** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

\* Tabelę rozszerzyć w zależności od potrzeb.

\* W przypadku, gdy ww. zakres dostaw będzie stanowił część dostaw o szerszym zakresie, Wykonawca zobowiązany jest **wyodrębnić rodzajowo i kwotowo dostawę przedmiotową**.

**Do niniejszego wykazu należy załączyć dowody.**

***Dokument należy przekazać pod rygorem nieważności, w postaci elektronicznej i opatrzyć podpisem kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym oraz dołączyć do oferty osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy.***