*CRR-241.20.2024 Załącznik Nr 6 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Centrum Rehabilitacji Rolników**

**Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Jedlcu,** ul. Spacerowa 1, 63-322 Gołuchów

**Podmiot:**

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wzór Wykazu wykonanych dostaw**

Dostawa urządzeń medycznych dla Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu:

**WYKONAWCA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Nazwa(y) wykonawcy(ów)* | *Adres(y)* *wykonawcy(ów)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW**

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**

1. Wykonałem (wykonaliśmy) następujące dostawy spełniające wymagania opisane w SWZ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Przedmiot dostawy (szczegółowy opis jednoznacznie potwierdzający wymagania określone w SWZ)* | *Wartość dostawy*  | *Data i miejsce wykonania**dostawy* | *Podmiot, na rzecz którego**dostawy zostały wykonane* |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

1. Wszystkie informacje podane w oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji .

Wypełniony Wykaz należy złożyć w formie elektronicznej, (tj. w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym) lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawcy zgodnie z formą reprezentacji określoną w dokumencie rejestrowym właściwym dla formy organizacyjnej lub innym dokumencie. Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w pdf.

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*