Załącznik Nr 5 do SWZ

znak: DTG/14/ZP-2/21

**(nie należy składać do oferty)**

................................................................. .................................................................

pieczęć Wykonawcy (miejscowość i data)

**Wykaz dostaw**

**(na potwierdzenie spełnienia warunku udziału w postępowaniu określonego   
w rozdziale II pkt 6 SWZ)**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„dostawa sprzętu medycznego”,** znak: DTG/14/ZP-2/21*,*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot dostawy | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego dostawy zostały wykonane | Data wykonania dostawy | Wartość przedmiotu brutto |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

Uwaga: Do wykazu należy dołączyć dowody potwierdzające, że dostawy te zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

Dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;

................................................................................ *(podpisy i piecz*ę*cie imienne osoby /osób/ umocowanej/ umocowanych do reprezentowania Wykonawcy)*

Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.

Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.