***Załącznik nr 9 do SWZ***

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

w Kielcach im. św. Jana Pawła II

**Wykonawca:**

………………………………………………………..……………………………

Nazwa (Firma) Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

………………………………………………………………………………………….

Adres Wykonawcy/ Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

…………………………………………………………………

NIP, REGON

…………………………………………………………………

Adres e-mail, numer telefonu

**„Roboty budowlane związane z adaptacją pomieszczenia - pracowni tomografii komputerowej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła II”, znak: 29/TP/2022**

**WYKAZ ROBÓT BUDOWLANYCH**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot robót (rodzaj)** | **Wartość brutto**  | **Data****wykonania**  | **Miejsce****wykonania**  | **Podmioty, na rzecz których roboty zostały wykonane** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

***UWAGA !!!*** Do powyższego załącznika należy załączyć **dowody określające czy te roboty budowlane zostały wykonane należycie**, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego roboty budowlane zostały wykonane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – inne odpowiednie dokumenty.

***(Uwaga! Wymagany kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub
podpis osobisty)***