*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Komenda Powiatowa Państwowej Straży Pożarnej w Nysie**

**ul. Szopena 5, 48-300 Nysa**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Wykonawcy/  Wykonawców występujących wspólnie |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| KRS/CEiDG |  |
| Adres Siedziby Wykonawcy |  |
| Osoba upoważniona do reprezentowania Wykonawcy | *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |

**WYKAZ DOSTAW**

**zgodnie z treścią SWZ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia**  **(opis dostaw)** | **Podmiot na rzecz którego dostawy zostały wykonane**  **(nazwa i adres)** | **Wartość zamówienia**  **brutto [zł]** | **Daty wykonania zamówienia**  **od …..do ….** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

**UWAGA:** do wykazu wymaga się załączenia dowodów określających czy te dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie – dowody te opisane są w SWZ.

*..............................................................................  
kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub elektroniczny podpis osobisty osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*