

**PN 87/24 Dostawa Gazów Medycznych II**

Załącznik nr 7 do SWZ

**WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW**

Nazwa wykonawcy .....

Adres wykonawcy .....

Miejscowość .....Data .....

**Wykaz wykonanych dostaw w okresie ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia**, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców wraz z dokumentami potwierdzającymi, że dostawy te zostały wykonane należycie i wymagany jest w celu potwierdzenia, że wykonawca posiada niezbędną wiedzę oraz doświadczenie.

Co najmniej 2 zamówienia na dostawę gazów medycznych dla służby zdrowia na łączną kwotę nie mniejszą niż 30 000 zł brutto.

Lp.	Nazwa Zamawiającego	Wartość brutto (PLN)	Zakres przedmiotowy	Daty Rozpoczęcia/zakończenia

**Do wykazu należy dołączyć dokumenty** potwierdzające, że dostawy te zostały wykonane należycie.

.....  
(data i czytelny podpis wykonawcy)

