*Numer postępowania:*

 **DAG.26.11.24**

**Załącznik nr 6 do SWZ**

………………………………………

………*………………………………*

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu )*

# **DOŚWIADCZENIE W ZAKRESIE WYKONASTWA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **zakup wraz z sukcesywną dostawą środków medycznych na rok 2024,** prowadzonego przez DPS „Dom Kombatanta” im. św. Rafała Kalinowskiego w Lublińcu, poniżej przedstawiam:

Wykaz wykonanych / wykonywanych dostaw
polegających na **dostawie** **środków medycznych
o łącznej wartości co najmniej 10.000,00 PLN brutto**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Określenie rodzaju dostaw** | **Miejsce wykonania /adres/** | **Podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonane.** | **Data wykonania zamówienia** | **Wartość zamówienia****brutto (zł)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Uwaga:**

Wykonawca zobowiązany jest dołączyć do wykazu dokumenty potwierdzające, że dostawy zostały wykonane należycie.

Dowodami, 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 wstanie 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………, dnia ……………………….. |  | ……………………………………………………………………….Imię, nazwisko i podpis osoby lub osób figurujących w rejestrach uprawnionych do zaciągania zobowiązańw imieniu oferenta lub we właściwym umocowaniu |