…………………………………………

*(Pieczęć Firmowa Wykonawcy)*

***Zamawiający:***

***Sieć Badawcza Łukasiewicz - Instytut Techniki i Aparatury Medycznej***

***ul. Roosevelta 118***

***41-800 Zabrze***

WYKAZ DOSTAW

**„Zakup oscyloskopu z wyposażeniem”**

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: **ZP-2/BS/2021**

Dane dotyczące Wykonawcy / Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:

Nazwa Wykonawcy ...................................................................................................................................

Nazwa ..............................................................................................................................................

Adres …............................................................................................................................................

**WYKAZ DOSTAW**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dostawy**(zgodnie z warunkiem określonymi w SWZ) | **Wartość dostawy**(zł brutto) | **Podmiot na rzecz którego została wykonana dostawa**  | **Data wykonania/wykonywania dostawy** (Rozpoczęcie: dd-mm-rr Zakończenie: dd-mm-rr) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Do wykazu należy załączyć dowody określające czy te dostawy zostały wykonane należycie.

*...................................... ..............................................*

 *Miejscowość, data Podpis osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy*