**logo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
flaga Polska
godło Polskie
logo Centrum Symulacji Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
**

**Nr sprawy ZP/109/2023 Załącznik nr 5 do SWZ**

**Wykonawca ...........................................................................................................................**

**(pełna nazwa, adres, NIP, KRS/CEiDG**

**Reprezentowany przez: ...........................................................................................................**

**WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW**

Wykaz wykonanych dostaw, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres odbiorcy, na rzecz którego dostawa została wykonana lub jest wykonywana | Opis wykonanej dostawy zgodnie z wymaganiami wskazanymi w pkt. 5.3 SWZ | Termin wykonania dostawy  od - do | Wartość brutto dostawy |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

**UWAGA:**

**Do Wykazu dostaw Wykonawca jest zobowiązany załączyć dowody, potwierdzające należyte ich wykonanie.**

**Wykaz dostaw ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym albo podpisem osobistym.**