logo województwa małopolskiego 

**Projekt współfinansowany ze środków Województwa Małopolskiego**

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**WYKAZ DOSTAW**

**Nazwa zadania:**

|  |
| --- |
|  |

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

|  |
| --- |
|  |

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

|  |
| --- |
|  |

przedstawiam wykaz dostaw zgodnie z wymaganiami SWZ

| *Lp.* | *Przedmiot zamówienia* | *Całkowita*  *wartość brutto*  *w PLN* | *Termin realizacji* | | Nazwa podmiotu / miejsce wykonania |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Data*  *rozpoczęcia* | *Data*  *zakończenia* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

W załączeniu:

Dokumenty potwierdzające (odbiorca, wartość, data i miejsce wykonania), że usługi przedstawione w wykazie zostały wykonane należycie (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę)

Miejscowość

|  |
| --- |
|  |

dnia

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

*dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem zaufania lub podpisem osobistym*

*osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*