Załącznik nr 1 do SWZ

**Pakiet nr 1**

**Osprzęt do lamp bakteriobójczych kompatybilnych z lampami używanymi w szpitalu firmy ULTRAVIOL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA ARTYKUŁU** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ****24 m-ce** | **CENA NETTO** | **% VAT** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NUMER KATALOGOWY** |
| **1.** | Licznik do lampy bakteriobójczej | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| **2.** | Filtr do lampy bakteriobójczej | szt. | 2700 |  |  |  |  |  |
| **3.** | Wkład do lampy bakteriobójczej- promiennik | szt. | 450 |  |  |  |  |  |
| **4.** | Wentylator do lampy bakteriobójczej | szt. | 140 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**Ad. poz.1**

Licznik czasu pracy lampy bakteriobójczej z wyświetlaczem LED i sygnalizacją akustyczną.

**Ad. poz. 3.**

Promiennik o mocy 30W – 300 szt.

Promiennik o mocy 55W – 150 szt.

**Ad. Poz. 4.**

Wentylator do lamp 60 cm – 100 szt.

Wentylator do lamp 110 cm – 40 szt.

**Pakiet nr 2**

**Lampy bakteriobójcze przepływowe + osprzęt**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA ARTYKUŁU** | **JEDN. MIARY** | **ILOŚĆ****24 m-ce** | **CENA NETTO** | **% VAT** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **PRODUCENT I NUMER KATALOGOWY** |
| **1.** | Lampa bakteriobójcza przepływowa duża naścienna z licznikiem -110cm | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| **2.** | Lampa bakteriobójcza przepływowa mała naścienna z licznikiem- 60cm | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| **3.** | Lampa bakteriobójcza mobilna mała- 60 cm | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| **4.** | Lampa bakteriobójcza mobilna duża-110 cm. | szt. | 6 |  |  |  |  |  |
| **5.** | Licznik do lampy bakteriobójczej | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| **6.** | Filtr do lampy bakteriobójczej | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| **7.** | Wkład do lampy bakteriobójczej | szt. | 40 |  |  |  |  |  |
| **8.** | Wentylator do lampy bakteriobójczej | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**Ad. poz.5**

 Licznik czasu pracy lampy bakteriobójczej z wyświetlaczem LED i sygnalizacją akustyczną.

 **Ad. poz. 7.**

 Promiennik o mocy 30W – 25 szt.

 Promiennik o mocy 55W – 15 szt.

 **Ad. Poz. 8.**

 Wentylator do lamp 60 cm – 10 szt.

 Wentylator do lamp 110 cm – 5 szt.

**Poz. 1. Lampa bakteriobójcza przepływowa duża naścienna z licznikiem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Parametry techniczne** | **Wymagania** |
| 1. | Przepływowa lampa bakteriobójcza dezynfekuje powietrze w obecności personelu i pacjentów | TAK |
| 2. | Możliwość przebywania personelu w pomieszczeniu podczas pracy lampy. | TAK |
| 3. | Napięcie zasilania | 230V, 50Hz |
| 4. | Moc pobierania z sieci – lampy energooszczędne | max. 115 VA |
| 5. | Element emitujący promieniowanie UV-C | 2 x TUV 55W |
| 6. | Trwałość promiennika | min 8000 h |
| 7. | Wymuszony przepływ powietrza przez komorę UV-C | TAK |
| 8. | Minimalna wydajność wentylatora | 199 m³/h |
| 9. | Dezynfekowana kubatura | 45-90 m³ |
| 10. | Powierzchnia (zasięg) działania lampy | 18-36 m² |
| 11. | Licznik cyfrowy z mikroprocesorem z wyświetlaczem 4-polowym LED z akustyczną sygnalizacją momentu wymiany promiennika | TAK |
| 12. | Klasa zabezpieczenia przeciwporażeniowego | I |
| 13. | Masa | max. 9,5 kg |
| 14. | Wymiana filtra bez użycia narzędzi | TAK |
| 15. | Zapasowe filtry | min. 5 szt. |
|   16. | Montaż do ściany z obu stron lampy, przy pomocy uchwytów (efekt solidnego/stabilnego umocowania lampy na ścianie). | TAK |
| 17. | Certyfikat CE lub równoważny lub aktualnie obowiązującą deklarację zgodności producenta lub równoważną | TAK |

**Poz. 2. Lampa bakteriobójcza przepływowa mała naścienna z licznikiem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Parametry techniczne** | **Potwierdzenie** |
| 1. | Przepływowa lampa bakteriobójcza dezynfekuje powietrze w obecności personelu i pacjentów | TAK |
| 2. | Możliwość przebywania personelu w pomieszczeniu podczas pracy lampy. | TAK |
| 3. | Napięcie zasilania | 230V, 50Hz |
| 4. | Moc pobierania z sieci – lampy energooszczędne | max. 75 VA |
| 5. | Element emitujący promieniowanie UV-C | 2 x TUV 30W |
| 6. | Trwałość promiennika | min 8000 h |
| 7. | Wymuszony przepływ powietrza przez komorę UV-C | TAK |
| 8. | Minimalna wydajność wentylatora | min. 132 m³/h |
| 9. | Dezynfekowana kubatura | 25-50 m³ |
| 10. | Powierzchnia (zasięg) działania lampy | 10-20 m² |
| 11. | Licznik cyfrowy z mikroprocesorem z wyświetlaczem 4-polowym LED z akustyczną sygnalizacją momentu wymiany promiennika | TAK |
| 12. | Klasa zabezpieczenia przeciwporażeniowego | I |
| 13. | Masa | max. 9 kg |
| 14. | Wymiana filtra bez użycia narzędzi | TAK |
| 15. | Zapasowe filtry | min. 5 szt. |
| 16. | Montaż do ściany z obu stron lampy, przy pomocy uchwytów (efekt solidnego/stabilnego umocowania lampy na ścianie). | TAK |
| 17. | Certyfikat CE lub równoważny lub aktualnie obowiązującą deklarację zgodności producenta lub równoważną | TAK |

**Poz. 3. Lampa bakteriobójcza przepływowa mała 60 cm mobilna z licznikiem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Parametry techniczne** | **Potwierdzenie** |
| 1. | Przepływowa lampa bakteriobójcza dezynfekuje powietrze w obecności personelu i pacjentów | TAK |
| 2. | Możliwość przebywania personelu w pomieszczeniu podczas pracy lampy. | TAK |
| 3. | Napięcie zasilania | 230V, 50Hz |
| 4. | Moc pobierania z sieci – lampy energooszczędne | max. 75 VA |
| 5. | Element emitujący promieniowanie UV-C | 2 x TUV 30W |
| 6. | Trwałość promiennika | min 8000 h |
| 7. | Wymuszony przepływ powietrza przez komorę UV-C | TAK |
| 8. | Minimalna wydajność wentylatora | min. 132 m³/h |
| 9. | Dezynfekowana kubatura | 25-50 m³ |
| 10. | Powierzchnia (zasięg) działania lampy | 10-20 m² |
| 11. | Licznik cyfrowy z mikroprocesorem z wyświetlaczem 4-polowym LED z akustyczną sygnalizacją momentu wymiany promiennika | TAK |
| 12. | Klasa zabezpieczenia przeciwporażeniowego | I |
| 13. | Masa | max. 9 kg |
| 14. | Wymiana filtra bez użycia narzędzi | TAK |
| 15. | Zapasowe filtry | min. 5 szt. |
| 16. | Mobilna na statywie. | TAK |
| 17. | Certyfikat CE lub równoważny lub aktualnie obowiązującą deklarację zgodności producenta lub równoważną | TAK |

**Poz. 4. Lampa bakteriobójcza przepływowa duża 110 cm z licznikiem mobilna**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Parametry techniczne** | **Potwierdzenie** |
| 1. | Przepływowa lampa bakteriobójcza dezynfekuje powietrze w obecności personelu i pacjentów | TAK |
| 2. | Możliwość przebywania personelu w pomieszczeniu podczas pracy lampy. | TAK |
| 3. | Napięcie zasilania | 230V, 50Hz |
| 4. | Moc pobierania z sieci – lampy energooszczędne | max. 115 VA |
| 5. | Element emitujący promieniowanie UV-C | 2 x TUV 55W |
| 6. | Trwałość promiennika | min 8000 h |
| 7. | Wymuszony przepływ powietrza przez komorę UV-C | TAK |
| 8. | Minimalna wydajność wentylatora | 199 m³/h |
| 9. | Dezynfekowana kubatura | 45-90 m³ |
| 10. | Powierzchnia (zasięg) działania lampy | 18-36 m² |
| 11. | Licznik cyfrowy z mikroprocesorem z wyświetlaczem 4-polowym LED z akustyczną sygnalizacją momentu wymiany promiennika | TAK |
| 12. | Klasa zabezpieczenia przeciwporażeniowego | I |
| 13. | Masa | max. 9,5 kg |
| 14. | Wymiana filtra bez użycia narzędzi | TAK |
| 15. | Zapasowe filtry | min. 5 szt. |
| 16. | Mobilna na statywie | TAK |
| 17. | Certyfikat CE lub równoważny lub aktualnie obowiązującą deklarację zgodności producenta lub równoważną | TAK |

*Załącznik nr 2 do SWZ*

....................................... .......................................

 (Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na:

**Dostawa lamp bakteriobójczych wraz z osprzętem - Zp/81/TP/24** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

.............................................................................................................................................................

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

.............................................................................................................................................................

REGON: ............................. NIP: ............................ WOJEWÓDZTWO: ………………..

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

Numer telefonu …………………......... e-mail ........................................................

(do zamówień składanych przez Zamawiającego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

 1) **proszę wskazać właściwe**

**4.OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**5.OŚWIADCZAMY,** że oferta sporządzona została z uwzględnieniem wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz minimalnej stawki godzinowej w 2024 r., określonych rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 września 2023 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej **w 2024 r. (Dz. U. 2023 poz. 1893).**

6. Oferujemy dostawę towaru o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z Formularzem asortymentowo - cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

7.Gwarantujemy …….... dniowy termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu przyjęcia zamówienia \*

8.OŚWIADCZAMY, iż wykazując spełnianie warunków udziału, o których mowa w art. 112 ust. 1 ustawy Pzp, *będziemy / nie będziemy*\* polegać na zasobach następujących podmiotów:

Nazwa (firma) ...............................................................................................................................

adres ul. ........................................................................................................................................

kod pocztowy ……………………………… miasto ………………………… .....kraj ……………………………………...

nr telefonu ......................................................... nr faksu............................................................

NIP..............................................................., REGON ..................................................................

Ww. podmiot będzie\*/nie będzie\* brał udziału w realizacji części zamówienia.

9.ZASTRZEGAMY / NIE ZASTRZEGAMY\* informacje/i stanowiące/ych TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji zgodnie z postanowieniami SWZ. Do oferty dołączamy wymagane uzasadnienie.

10.OŚWIADCZAMY, iż – za wyjątkiem informacji zawartych w pliku o nazwie: „…………………….................” wszelkie załączniki są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zabezpieczyliśmy zgodnie z wytycznymi zawartymi w SWZ.

11. OŚWIADCZAMY, że posiadamy wymagane zdolności zawodowe w niniejszym postępowaniu i

nie znajdujemy się w sytuacji konfliktu interesów, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Jednocześnie jesteśmy świadomi, że Zamawiający może uznać, że dany wykonawca nie ma wymaganych zdolności zawodowych, jeżeli ustali/-ł, że wykonawca ma sprzeczne interesy, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Zamawiający może, na każdym etapie postępowania, uznać, że wykonawca nie posiada wymaganych zdolności, jeżeli zaangażowanie zasobów technicznych lub zawodowych wykonawcy w inne przedsięwzięcia gospodarcze wykonawcy może mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

 *(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

*1)* ***Mikroprzedsiębiorstwo*** *– przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 10 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 2 milionów EUR.***

***Małe przedsiębiorstwo*** *- przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 50 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 10 milionów EUR.***

***Średnie przedsiębiorstwo –*** *przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają* ***mniej niż 250 osób*** *i których roczny obrót* ***nie przekracza 50 milionów EUR*** *lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 43 milionów EURO***

*\* maksymalny termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu przyjęcia zamówienia - 5 dni roboczych*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Dostawa lamp bakteriobójczych wraz z osprzętem - Zp/81/TP/24**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(data i podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

………………………………………………………………………………………………………………....................

………………………………………… *(data i podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

 *(data i podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………………………………………

 *(data i podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **- Dostawa lamp bakteriobójczych wraz z osprzętem - Zp/81/TP/24**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(data i podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

 *(data i podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………………………………………

 *(data i podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

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

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. : **Dostawa lamp bakteriobójczych wraz z osprzętem - Zp/81/TP/24**, oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……………………………………………………………………………………………...........

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……………………………………………………………………………………………..........

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

……………………………………………………………………………………………..........

 .................................................................

 ( data i podpis )

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

 ..............................................................................

…………………………………………………..

…………………………………………………..

 *(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **Dostawa lamp bakteriobójczych wraz z osprzętem - Zp/81/TP/24** w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

 .................................................................

 ( data i podpis )

*Załącznik nr 7 do SWZ ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

 **Wykonawca:**

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

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

..................................................................................................................................

Adres Wykonawcy:

...................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia **Dostawa lamp bakteriobójczych wraz z osprzętem - Zp/81/TP/24**

..................................................................

*(data i podpis)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

 .......................................................

 (Wykonawca)

**Wykaz dostaw**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym pn. **Dostawa lamp bakteriobójczych wraz z osprzętem - Zp/81/TP/24** oświadczamy że zrealizowaliśmy w ciągu ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert (a jeżeli okres działalności jest krótszy to w tym okresie) następujące zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres wykonanych dostaw, w tym m.in.**  | **Termin realizacji zamówienia** | **Zamawiający/ Odbiorca zamówienia (nazwa i adres, adres e-mail)** | **Wartość dostaw**  |
| **Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)** | **Zakończenie****(dd/mm/rrrr)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

UWAGA: Do każdej dostawy wymienionej w wykazie należy załączyć **referencje** lub dokument potwierdzający, że zamówienia te zostały wykonane należycie.

 …………………………………….

 *( data, podpis)*