## 

## Załącznik nr 9 do SWZ

Nr postępowania: ZP/148/2024

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź

Wykonawca:

Nazwa: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NIP: ……………………………………………………………………. KRS/CEiDG: …………………………………….…………………………………

reprezentowany przez:

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

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Wykaz wykonanych dostaw/usług**

Wykaz wykonanych dostaw/usług, 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. | Podmiot na rzecz którego dostawa/ usługa została wykonana lub jest wykonywana | Opis dostawy/usługi - zgodnie z wymaganiami wskazanymi w pkt. 5.3 SWZ | Termin wykonania dostawy/ usługi (od – do) | Wartość brutto dostawy/ usługi w ramach dostaw/ usług wskazanych w pkt. 5.3. SWZ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwaga:

Do wykazu dostaw/ usług Wykonawca jest zobowiązany załączyć dowody potwierdzające należyte wykonanie dostaw/usług.

Wykaz wykonanych dostaw/usług Wykonawca musi być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym.