**Załącznik nr 5 do SWZ**

**WYKAZ DOSTAW**

**składany na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu**

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

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

(pełna nazwa/firma, adres)

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówieniu publicznego na: **„Zakup jednorazowych materiałów medycznych” [Nr postępowania: RM/ZP/16/2021],** prowadzonym przez SP ZOZ Powiatową Stację Ratownictwa Medycznego Powiatu Warszawskiego Zachodniego w Błoniu*,* przedstawiam, co następuje:

**WYKAZ DOSTAW**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Określenie przedmiotu dostawy** | **Data wykonania dostawy (podać dzień, miesiąc i rok rozpoczęcia i zakończenia)** | **Nazwa i adres Odbiorcy** | **Wartość zrealizowanej dostawy (brutto)** |
| 1. |  | Rozpoczęcie:\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dzień miesiąc rok Zakończenie:\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dzień miesiąc rok  |  |  |
| 2. |  | Rozpoczęcie:\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dzień miesiąc rok Zakończenie:\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dzień miesiąc rok |  |  |

**Uwaga:** Do wykazu należy dołączyć dowody, że dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie np. referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmioty, na rzecz których dostawy były wykonywane.