**PN 15/24** Dostawa wraz z montażem w miejscu użytkowania oraz przekazanie do użytku – MEBLI MEDYCZNYCH i NIEMEDYCZNYCH oraz POZOSTAŁEGO WYPOSAŻENIA – na potrzeby nowo powstałego oddziału rehabilitacji.

  **Załącznik nr 11 do SWZ - Referencje + WYKAZ DOSTAW**

**My, niżej podpisani:**

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

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

**Działając w imieniu i na rzecz:**

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

*(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy(firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)*

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego bez negocjacji***, numer sprawy:* PN 15/24** Dostawa wraz z montażem w miejscu użytkowania oraz przekazanie do użytku – MEBLI MEDYCZNYCH i NIEMEDYCZNYCH oraz POZOSTAŁEGO WYPOSAŻENIA – na potrzeby nowo powstałego oddziału rehabilitacji.

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**

w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert do postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy –w tym okresie- wykonywałem\*/wykonuję **minimum 2 dostawy w zakresie: dostawy, transportu, montażu sprzętu/sprzętu medycznego/mebli/regałów/wyposażenia (w zależności od Zadania).**

 **o łącznej wartości nie mniejszej niż\*:**

**Dla zadania nr 1: 99 000,00 PLN brutto każda;**

**Dla zadania nr 2: 450 000,00 PLN brutto każda;** **lub dwie dostawy o łącznej wartości minimum 900 000,00 zł brutto**

**Dla zadania nr 3: 18 000,00 PLN brutto każda;**

**Dla zadania nr 4: 25 000,00 PLN brutto każda;**

**Dla zadania nr 5: 44 000,00 PLN brutto każda.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |  | **NAZWA I ADRES ODBIORCY** | **WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA** | **CZAS REALIZACJI** | **NR STRONY OFERTY Z DOKUMENTEM POTWIERDZAJĄCYM NALEŻYTE WYKONANIE DOSTAWY** | **Doświadczenie własne/Wykonawca polega na zasobach innych podmiotów**  |
|  | **OD****(DD/MM/RR)** | **DO****(DD/MM/RR)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | *Własne/oddane do dyspozycji\** |

Dotyczy Zadania nr: **1 ,2 ,3 ,4 ,5 \***

 …………………………………………

\*niepotrzebne skreślić

Załączniki: ………… Podpis