Załącznik nr 6 do SWZ

**„Dostawa fabrycznie nowego 9-osobowego busa przystosowanego do przewozu osób niepełnosprawnych z udziałem środków PFRON w ramach obszaru D „Programu wyrównywania różnic między regionami III”**

Wykaz dostaw

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

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

(nazwa i adres Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia  | Wartość | Data wykonania  | Miejsce wykonania  | Zamawiający (nazwa, adres do kontaktu) |
|  |  |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam świadom(a) odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

 ……………………………………

 (podpis, miejscowość i data)