

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 - 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/regalów/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;

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)		
								<i>Własne/oddane do dyspozycji*</i>

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

*niepotrzebne skreślić

Załączniki:

.....

Podpis