**Załącznik nr 7 do SWZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nazwa i adres wykonawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

**WYKAZ DOSTAW**

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym przez Zamawiającego – **Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Zielonej Górze na „Dostawę unitu okulistycznego wraz z wyposażeniem"** oświadczam, że Wykonawca którego reprezentuję, w okresie ostatnich 3 lat (okres 3 lat liczy się wstecz od dnia, w którym upływa termin składania ofert), a jeżeli okres działalności jest krótszy – w tym okresie wykonał **następujące dostawy**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonane (nazwa, siedziba)** | **Termin wykonania dostaw (dzień/miesiąc/rok)** | | **Przedmiot (rodzaj)  wykonanych dostaw oraz miejsce ich wykonania** | ***Wartość brutto wykonanych/ dostaw w zakresie dotyczącym spełnienia warunku udziału w postępowaniu\**** |
| **początek** | **Koniec** |
|  |  |  |  | …………………………………….  ………………………………..…….  Czy zadanie dostawy unitu okulistycznego wraz z wyposażeniem?  **Tak/Nie\***  \*niepotrzebne skreślić |  |
|  |  |  |  | …………………………………….  ………………………………..…….  Czy zadanie dostawy unitu okulistycznego wraz z wyposażeniem?  **Tak/Nie\***  \*niepotrzebne skreślić |  |

\*\* Należy podać informacje umożliwiające ocenę spełniania przez wykonawcę warunku udziału w postępowaniu w zakresie zdolności technicznej i zawodowej w odniesieniu do doświadczenia, wskazujące na zakres zrealizowanych dostaw zgodnie z treścią warunku określonego **w rozdziale 24 pkt 2 ppkt. 4) lit. a) i b) SWZ.**

Dokument musi być złożony pod rygorem nieważności w formie elektronicznej (tj. opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym), lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.