Załącznik nr 6 do SWZ

Wykonawca:

…………………………………….

…………………………………….

(pełna nazwa/firma, adres)

Zamawiający :

Centrum Medyczne Nadarzyn Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nadarzynie

ul. Sitarskich 3, 05-830 Nadarzyn

WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW

W CELU WYKAZANIA SPEŁNIANIA WARUNKU POSIADANIA ZDOLNOŚCI ZAWODOWEJ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot, na rzecz którego wykonane zostało zamówienie (Zamawiający) | Data realizacji | Przedmiot zamówienia | Rodzaj doświadczenia:  WŁASNE\*/INNYCH PODMIOTÓW |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Do każdej dostawy wymienionej w wykazie należy dołączyć dowód określający, czy te została ona wykonana należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego dostawa została wykonana, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - inne odpowiednie dokumenty.

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

miejscowość i data