****

**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Wzór wykazu dostaw**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz**

**ul. Złota 4, 86-302 Mokre**

**REGON: 871120020,**

**NIP: 8762002013**

Poczta elektroniczna [e-mail]: piotr.jerzewski@zoz.grudziadz.com

Strona internetowa Zamawiającego [URL]: https://www.przychodnia.gmina.pl/

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykaz zamówień wykonanych w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **„Zakup i dostawa sprzętu medycznego dla Zakładu Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz”,** przedkładam **wykaz zamówień zgodnie zapisami pkt. 6.1.4 SWZ** wraz z podaniem ich przedmiotu, wartości, daty i miejsca wykonania oraz określeniem podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **zrealizowanych dostaw** (podanie nazwy zadania i miejsca realizacji z opisem pozwalającym na ocenę spełniania warunku udziału w postępowaniu) | **Wartość dostawy**  [w zł brutto] | **Daty wykonania**  zamówienia | | **Zamawiający**  (nazwa podmiotu,  na rzecz którego dostawy zostały wykonane) |
| Data rozpoczęcia [dd/mm/rrrr] | Data zakończenia [dd/mm/rrrr] |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**oraz**

**załączam dowody** **określające czy te dostawy zostały wykonane należycie**, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonane, a jeżeli wykonawca   
z przyczyn niezależnych od niego nie jest wstanie uzyskać tych dokumentów – inne odpowiednie dokumenty**.**