Załącznik nr 6 do SWZ

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Gminna Przychodnia Zdrowia w Andrespolu

z siedzibą w Andrespolu

ul. Rokicińska 125

95-020 Andrespol

...................................................................................

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

**WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW**

Składany do zadania

**Zakup i dostawa fabrycznie nowego sprzętu medycznego dla Gminnej Przychodni Zdrowia w Andrespolu w ramach programu „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)”**

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE**

wykonałem(wykonaliśmy) następujące DOSTAW:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dostawy, miejsce wykonania** | **Całkowita wartość dostawy (zł)** | **Data zakończenia** | **Zleceniodawca** | **Doświadczenie własne /oddane do dyspozycji** |
| 1 |  | **…….** | **……..** | **……..** | Własne/  oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  |  |  |  |

\* niepotrzebne skreślić