Znak sprawy: 3\_08.06.\_ZO\_ROZ\_2025 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dn. \_\_\_\_2025 r.

**WYKAZ DOSTAW/REALIZACJI**

Nawiązując do zapytania ofertowego znak 3/ZO/ROZ/2025 pn. ***Dostawa aparatu RTG wraz z oprogramowaniem i wyposażeniem oraz adaptacja i modernizacja pracowni RTG*** w ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 Osi Priorytetowej VIII Fundusze Europejskie na infrastrukturę dla mieszkańca Działanie 08.06 Infrastruktura ochrony zdrowia - dot. 2 typu projektu, w ramach naboru nr FESL.08.06-IZ.01-216/25

ja, niżej podpisany \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

działając w imieniu i na rzecz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(dane Wykonawcy – pełna nazwa i adres firmy)

Potwierdzam, że ***Wykonawca posiada wiedzę i doświadczenie odpowiednią dla przedmiotu Zapytania oraz w okresie ostatnich 3 lat, licząc wstecz od dnia, w którym upłynął termin składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie, Wykonawca należycie wykonał co najmniej 3 zamówienia, którego przedmiotem była dostawa zamówień podobnych do przedmiotu zamówienia.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa, adres i kontakt do Zamawiającego na rzecz którego Wykonawca wykonał zamówienie** | **Okres realizacji zamówienia oraz data protokołu końcowego realizacji zamówienia/faktury końcowej** | **Opis przedmiotu zamówienia adekwatnie do zakresu Zapytania ofertowego** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Jednocześnie wyrażam zgodę na kontakt Wykonawcy z Zamawiającymi wskazanymi w tabeli powyżej w celu weryfikacji przedstawionych referencji, jeśli Wykonawca uzna to za niezbędne.

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

Data Podpis/y osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy