Załącznik nr 9 do SWZ

**Wykonawca:**

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

*(pełna nazwa/firma, adres))*

reprezentowany przez:

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

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

**WYKAZ DOSTAW**

w celu potwierdzenie spełnienia warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Rozbudowa Systemu HIS oraz digitalizacja dokumentacji medycznej w ramach projektu pn.: „Wdrożenie e-usług w Szpitalu Powiatowym w Rawiczu Sp. z o.o.”** - Nr postępowania: NLO-3820-01/PN/26, przedstawiam **wykaz dostaw1:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj/nazwa dostawy**  **Zakres** | **Data wykonania rozpoczęcia i zakończenia**  **(dzień, miesiąc, rok)** | **Wartość wykonanej dostawy**  **w PLN** | **Miejsce wykonania dostawy** | **Podmiot, na rzecz którego dostawa została wykonana (nazwa, adres)** | **Uwagi2** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ