|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres Wykonawcy/Wykonawców | |  | |
| NIP: |  | REGON: |  |
| Adres, na który Zamawiający powinien przesyłać ewentualną korespondencję: | |  | |
| Uprawomocnieni przedstawiciele Wykonawcy podpisujący ofertę: | |  | |
| Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym: | |  | |
| Tel.: |  | Faks: |  |
| e-mail: |  | | |

*W przypadku składania oferty przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie należy podać dane wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienie oraz wskazać pełnomocnika*

**Modernizacja Pracowni Diagnostyki Obrazowej Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o., poprzez zakup aparatu rtg stacjonarnego oraz jezdnego wraz ze sprzętem IT i oprogramowaniem - znak postępowania: OCZ/ZP-5/2023**

**WYKAZ DOSTAW**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i opis zadania | Odbiorca | Termin realizacji | Wykonawca zadania | Zasób własny/podmiotu trzeciego |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*do wykazu dostaw należy załączyć dowody potwierdzające należytą realizację wskazanych zadań

**Niniejszy dokument należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.**