|  |  |
| --- | --- |
| 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*

**Wymiana systemu zasilania awaryjnego w energię elektryczną na wypadek nagłych czasowych przerw w dostawie prądu wraz z dostosowaniem instalacji na terenie Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.- znak postępowania: OCZ/ZP-15/2023**

**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.**