**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**(złożyć w przepisanym terminie – *vide* SIWZ)**

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

(pieczęć Wykonawcy)

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………..

**Wykaz dostaw**

**- przedstawiany na potrzeby wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu zgodnie z SIWZ**

w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na usługę pn.:

**Zaopatrzenie Działu Farmacji Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie przez 24 miesiące**

Przedstawiam(-y) następujące informacje:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot usługi** | **Nazwa zadania** | **Wartość**  (w zł brutto) | **Daty wykonania**  (od miesiąc i rok do miesiąc i rok) | **Podmiot zlecający** | **Inny podmiot\*** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |

\* wypełnić jeżeli dotyczy; Należy wpisać nazwę innego podmiotu w przypadku, gdy Wykonawca polega na zdolności zawodowej (doświadczeniu zawodowym) innego podmiotu w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu.

**UWAGA**:

1. Do przedstawionego wykazu należy dołączyć dowody określające czy te dostawy zostały wykonane należycie, w szczególności informacje o tym czy dostawy zostały wykonane zgodnie z umową i prawidłowo ukończone, przy czym **dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy były wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - inne dokumenty.**

………………………. ……………………………………………………….

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie,

uprawnionej / uprawnionych do występowania w obrocie

prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń

woli w jego imieniu)