**WYKAZ DOSTAW**

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

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **Dostawę Środków dezynfekcyjnych w Grupach 1-6 dla Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Żninie** nr **PCZ/II-ZP/07/2023**,

w imieniu **Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………**

przedstawiam wykaz dostaw, jakie były/są realizowane dla jednostek ochrony zdrowia:

**Grupa …… - ………………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Dostawa** | **Wartość** **brutto****dostawy** (zł) | **Data realizacji dostawy**(od …. do …) | **Nazwa Zamawiającego na rzecz którego dostawa była/jest realizowana** |
| **1.**  |  |  |  |  |
| **2.**  |  |  |  |  |
| **… .** |  |  |  |  |

Do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające, że w/w dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI**

**Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym formularzu są aktualne i zgodne
z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.**

**Podpis składany jest w formie elektronicznej zgodnie z Rozdziałem XIV SWZ przez osobę upoważnioną do reprezentacji składającego oświadczenie**