**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Znak sprawy: ZP.1.24.3.2022**

**Zamawiający:**

**SSPZOZ Krzywda, ul. Żelechowska 11, 21-470 Krzywda**

NIP: 825 17 58 885, REGON: 030276931

Tel.: +48 25 755 12 33

E-mail: biuro@sspzozkrzywda.pl

**WYKONAWCA:**

………………………………………………………………..

………………………………………………………………..

………………………………………………………………...

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: …………………………………………………………....………………………

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

**WYKAZ dostaw**

Wykonanych w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert

celem potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu w sprawie udzielenia zamówienia publicznego na realizację zadania:

**„**Z**akup i dostawa aparatu USG na potrzeby Samorządowego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krzywdzie”**

Oświadczam, że Wykonawca o nazwie jak wyżej, wykonał następujące dostawy:

| *Lp.* | Przedmiot dostawy | *Całkowita*  *wartość brutto*  *w PLN* | *Daty zakończenia dostawy* | *Podmiot na rzecz którego wykonano usługę- miejsce Wykonania* |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

W załączeniu przedkładam dowody określające, że te dostawy zostały wykonane należycie i prawidłowo ukończone.

*(dowodami, o których mowa powyżej, 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)*

|  |  |
| --- | --- |
| ....................................dnia........................................  (miejscowość) | .....................................................................  (podpis ) |