

.....
Pieczęć Wykonawcy

WYKAZ DOSTAW

Wykaz co najmniej 2 ~~roboty budowlanej~~ /dostaw/usługi* w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich **trzech** lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, oraz załączeniem dokumentu potwierdzającego, że ~~te roboty budowlane/~~ dostawy/usługi zostały wykonane należycie/ ~~zgodnie z zasadami sztuki budowlanej i prawidłowo ukończone.~~

L p	Przedmiot zamówienia i jego charakterystyka (min. 2 dostawy)	Miejsce wykonania Zamawiający - adres i nr telefonu	Wartość zamówienia brutto -	Okres realizacji	
				Rozpoczęcie	Zakończenie
1					
2					
3					

.....
miejscowość i data

.....
pieczęćka i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy

Beneficjent:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
ul. Młyńska 2
63 - 700 Krotoszyn

tel. 62 588 03 90
fax. 62 588 04 02
www.spzoz.krotoszyn.pl
spzoz@krotoszyn.pl

