

.....  
Pieczęć Wykonawcy

## WYKAZ DOSTAW

Wykaz co najmniej 1 dostawy 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, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

Lp	Przedmiot zamówienia i jego charakterystyka (min. 1 dostawa)	Wartość zamówienia brutto - (Wartość dostawy)	Miejsce wykonania Zamawiający - adres i nr telefonu	Okres realizacji	
				Rozpoczęcie	Zakończenie
1					
2					
3					
4					
5					

.....  
miejsce i data

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

Zamawiający:

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](http://www.spzoz.krotoszyn.pl)  
spzoz@krotoszyn.pl

