Numer sprawy: **A.I.271-20/19**

Załącznik nr 4 do specyfikacji
WZÓR

WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW – **DOTYCZY CZĘŚCI 1 ZAMÓWIENIA**

Lp.	**Przedmiot zamówienia - nazwa zamówienia / krótki opis** [co najmniej dwie dostawy mebli ze stali nierdzewnej dla potrzeb szpitala lub przychodni ambulatoryjnej lub zakładu diagnostycznego, o wartości nie mniejszej niż 90 000,00 zł brutto (każda z dostaw)]	**Kwota brutto dostawy *** (minimum 90 000,00 zł brutto każda dostawa)	**Data realizacji** *Dzień/ miesiąc/ rok* *(od - do)*	**Nazwa i adres Zlecającego**
1.	*Krótki opis przedmiotu dostawy:* ……..	…… *minimum 90 tys.*		
2.	*Krótki opis przedmiotu dostawy:* ……..	…… *minimum 90 tys.*		
…	*Krótki opis przedmiotu dostawy:* ……..	…… *minimum 90 tys.*		

Uwagi!
Do wykazu należy dołączyć dowody określające czy dostawy wskazane w wykazie zostały wykonane należycie.
Powyższy wykaz obejmuje dostawy zrealizowane przez …… (wypełnić gdy Wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych innego podmiotu zgodnie z art. 22a ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych).

***** W przypadku, gdy w ramach wskazanej dostawy została realizowana dostawa różnego rodzaju mebli/wyposażenia – **Wykonawca wskazuje wyłącznie kwotę dostaw odpowiadających opisowi (zakresowi), o którym mowa w pkt 5.1. SIWZ.**

……
Podpis osoby(osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Numer sprawy: **A.I.271-20/19**

Załącznik nr 4 do specyfikacji
WZÓR

WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW – **DOTYCZY CZĘŚCI 2 ZAMÓWIENIA**

Lp.	**Przedmiot zamówienia - nazwa zamówienia / krótki opis** [co najmniej dwie dostawy mebli ze stali nierdzewnej dla potrzeb szpitala lub przychodni ambulatoryjnej lub zakładu diagnostycznego, o wartości nie mniejszej niż 67 000,00 zł brutto (każda z dostaw)	**Kwota brutto dostawy *** (minimum 67 000,00 zł brutto każda dostawa)	**Data realizacji** *Dzień/ miesiąc/ rok* *(od - do)*	**Nazwa i adres Zlecającego**
1.	*Krótki opis przedmiotu dostawy:* ……...	…… *minimum 67 tys.*		
2.	*Krótki opis przedmiotu dostawy:* ……...	…… *minimum 30 tys.*		
…	*Krótki opis przedmiotu dostawy:* ……...	…… *minimum 67 tys.*		

Uwagi!
Do wykazu należy dołączyć dowody określające czy dostawy wskazane w wykazie zostały wykonane należycie.
Powyższy wykaz obejmuje dostawy zrealizowane przez …… (wypełnić gdy Wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych innego podmiotu zgodnie z art. 22a ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych).

***** W przypadku, gdy w ramach wskazanej dostawy została realizowana dostawa różnego rodzaju mebli/wyposażenia – **Wykonawca wskazuje wyłącznie kwotę dostaw odpowiadających opisowi (zakresowi), o którym mowa w pkt 5.1. SIWZ.**

……
Podpis osoby(osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Numer sprawy:**A.I.271-20/19**

Załącznik nr 4 do specyfikacji
WZÓR

WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW – **DOTYCZY CZĘŚCI 3 ZAMÓWIENIA**

Lp.	**Przedmiot zamówienia - nazwa zamówienia / krótki opis** [co najmniej dwie dostawy mebli ze stali nierdzewnej dla potrzeb szpitala lub przychodni ambulatoryjnej lub zakładu diagnostycznego, o wartości nie mniejszej niż 130 000,00 zł brutto (każda z dostaw)]	**Kwota brutto dostawy *** (minimum 130 000,00 zł brutto każda dostawa)	**Data realizacji** *Dzień/ miesiąc/ rok* *(od - do)*	**Nazwa i adres Zlecającego**
1.	*Krótki opis przedmiotu dostawy:* ……...	…… *minimum 130 tys.*		
2.	*Krótki opis przedmiotu dostawy:* ……...	…… *minimum 130 tys.*		
…	*Krótki opis przedmiotu dostawy:* ……...	…… *minimum 130 tys.*		

Uwagi!
Do wykazu należy dołączyć dowody określające czy dostawy wskazane w wykazie zostały wykonane należycie.
Powyższy wykaz obejmuje dostawy zrealizowane przez …… (wypełnić gdy Wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych innego podmiotu zgodnie z art. 22a ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych).

***** W przypadku, gdy w ramach wskazanej dostawy została realizowana dostawa różnego rodzaju mebli/wyposażenia – **Wykonawca wskazuje wyłącznie kwotę dostaw odpowiadających opisowi (zakresowi), o którym mowa w pkt 5.1. SIWZ.**

……
Podpis osoby(osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy