

## Załącznik Nr 5 do SIWZ

.....  
Nazwa i adres Wykonawcy

Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na zakup sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby Pododdziału Geriatrycznego, Oddziału Medycyny Paliatywnej, Hospicjum Domowego oraz Ośrodka Diennej Rehabilitacji i Pracowni Fizjoterapii realizowanego w ramach projektu WND-RPPD.08.04.01-20-0065/18 pn: „Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatryi oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie powiatu kolneńskiego”; **Znak sprawy: Sz.O./SAG/41/12/19**

przystawiamy:

### WYKAZ DOSTAW

Wykaz dostaw wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 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 określających czy te dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

Lp.	Przedmiot (rodzaj dostaw)	Wartość dostaw brutto (zł)	Daty wykonania dostaw (m-c rok do m-c rok)	Podmiot, na rzecz którego dostawa została wykonana
1.				
2.				
3.				

**Należy załączyć dowody, określające czy usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.**

....., dnia .....2019r.

.....  
podpis(y) osoby(osób) uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

**Znak przetargu: Sz.O./SAG/41/12/19**