**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Znak postępowania: CEZAMAT/ZP29/2024**

**WYKAZ DOSTAW**

na potwierdzenie spełniania warunku posiadania zdolności technicznej   
i zawodowej opisanego w Rozdziale IX pkt 2, lit. c) , ppkt 1. SWZ

**Nazwa Wykonawcy**:.......................................................................................................................

**siedziba Wykonawcy**: .................................................................................................................

*(w przypadku oferty składanej przez* ***Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia****, należy wpisać* ***wszystkich Wykonawców*** *z określeniem ich nazwy i siedziby)*

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**,, Dostawa urządzenia do plazmowego trawienia ICP/RIE z możliwością trawienia warstw atomowych (ALE)”**

przedkładam wykaz dostaw z dowodami potwierdzającymi należyte wykonanie zgodnie z zapisami Rozdziału IX pkt 2, lit. c) , ppkt 1. SWZ

W przypadku wykazania większej liczby dostaw niż minimum wymagane przez Zamawiającego, Wykonawca samodzielnie rozszerza poniższą tabele.

**Wykaz dostaw jakie Wykonawca w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonał - a w przypadku świadczeń powtarzających się i ciągłych – wykazuje się wykonywaniem co najmniej dwóch dostaw urządzenia do plazmowego trawienia ICP/RIE z możliwością trawienia warstw atomowych (ALE) o wartości każdej z dostaw nie mniejszej niż 70% ceny brutto wskazanej w ofercie Wykonawcy złożonej w Postępowaniu.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Podmiot, na rzecz którego dostawa została wykonana/jest wykonywana**  (nazwa i adres) | **Data wykonania /wykonywania**  **od ... – do ....**  (należy podać dzień, miesiąc i rok) | **Wartość brutto**  **wykonanej/wykonywanej dostawy** | **Rodzaj dowodu na potwierdzenie należytego wykonania dostawy** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

............................................., ............... 2024 r. .……….............................................

miejscowość data /podpis osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu udostępniającego zasoby w formie elektronicznej – podpis kwalifikowany lub podpis zaufany lub podpis osobisty/

# *Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji powyższych danych.*

WYPEŁNIONY FORMULARZ NALEŻY OPATRZYĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM