**WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW**

**Nazwa Wykonawcy:**

**Adres Wykonawcy:**

**Oświadczam, że wykonaliśmy roboty na/w szpitalach psychiatrycznych:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT WYKONANYCH ROBÓT** | **WARTOŚĆ BRUTTO****W PLN** | **NAZWA ODBIORCY ORAZ MIEJSCE WYKONYWANIA** | **DATA WYKONANIA****od … do …**(DD-MM-RRRR) |
| 1 |  |  |  |  |

**Do wykazu należy załączyć dowody (poświadczenia, referencje) potwierdzające, że powyższe roboty zostały wykonane lub są wykonywane należycie wraz z numerem telefonu do osoby, która ich udzieliła.**

 ……..……………………… ……………………………………………………………..

 miejscowość, data podpis i pieczątka

 osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy