Załącznik nr 13 do SWZ

|  |
| --- |
| **Uwaga!**  **Niniejszy wykaz należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym** |

**Zamawiający:**

Powiat Jarociński

Al. Niepodległości 10

63-200 Jarocin

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, siedziba, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ DOSTAW**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie ustawy z 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 1605 ze zm.) na dostawę pn.: „Zapewnienie wysokiej jakości usług świadczonych w Szpitalu Powiatowym w Jarocinie Sp. z o.o.”

‒ Część \_\_\_

Przedstawiam poniżej wykaz dostaw w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku, którego opis został zamieszczony w rozdziale VIII pkt 2.4) SWZ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego dostawa została wykonana | Wartość  wykonanej dostawy (brutto) | Przedmiot wykonanej  dostawy | Data wykonania dostawy | |
| data rozpoczęcia  dzień/m-c / rok | data zakończenia  dzień/m-c / rok |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Do wykazu należy załączyć dowody określające, że wskazane w wykazie dostawy zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie Wykonawcy.