# Załącznik Nr 6 do SWZ

**Wykaz wykonanych dostaw**

Wykonawca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Zakup i montaż aparatu RTG wraz z modernizacją pomieszczeń”** prowadzonego przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi (zamawiający), w celu potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu w zakresie posiadania określonej przez zamawiającego zdolności technicznej lub zawodowej,   
o której mowa w pkt II.7.1.4 SWZ, oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat wykonaliśmy niżej wymienioną dostawę aparatu RTG, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie, wykonaliśmy niżej wymienioną dostawę aparaty RTG:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Odbiorca** | **Wartość zamówienia brutto (zł)** | **Termin realizacji dostawy**  [RRRR-MM-DD] |
| *1* |  |  |  |

Do niniejszego oświadczenia załączam dowody określających, czy te dostawy zostały wykonane należycie.

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

miejscowość, data czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy  
 lub imienna pieczątka z parafką