Załącznik nr 9a do SWZ

**Wykonawca: Zamawiający:**

…………………………………………… 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ

…………………………………………… 45-759 Opole, ul. Wróblewskiego 46

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

reprezentowany przez:

……………………………………………

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

WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW

**Zadanie nr 1 - System do wykonywania kopii zapasowych oraz sprzęt**

(min. 2 dostawy wykonane przez Wykonawcę w okresie ostatnich 3 lat tj. liczonych od dnia 01.01.2019 r. do dnia złożenia oferty, o wartości brutto nie mniejszej niż 200 000,00 zł rocznie każda)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Zamawiającego  | Przedmiot zamówienia | Okres wykonywania dostaw | Wartość zamówienia brutto |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Uwaga!!!**

Zamawiający wymaga załączenia wraz z wykazem dowodów potwierdzających, że wskazane 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 w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli Wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie Wykonawcy. W przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy.

…………..…, dnia ………….……… ………………............................................

 podpis osoby/osób uprawnionych
 do reprezentacji Wykonawcy

lub pełnomocnika1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 kwalifikowany podpis elektroniczny