Załącznik nr 5 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

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

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**WYKAZ DOSTAW**

oświadczamy, że:

w ciągu ostatnich 3 lat wykonaliśmy następujące prace o charakterze i złożoności odpowiadającej przedmiotowi zamówienia, których wykonanie potwierdzamy załączonymi referencjami uprzednich zamawiających:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot dostaw | Wartość dostaw | Czas realizacji od - do | Nazwa, adres zleceniodawcy |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

dnia

1. ***Dokument należy podpisać***
2. ***kwalifikowanym podpisem elektronicznym***