Załącznik nr 4 do SWZ

**RI.272.12.2023.DA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| Adres Wykonawcy |  |
| Numer telefonu |  |
| e-mail |  |

# WYKAZ WYKONANYCH ROBÓT

# (na każdą część osobno)

**spełniających warunek konieczny kwalifikacji Wykonawcy**

**określony w Rozdziale VIII pkt 2.4.1. SWZ**

**„Dostosowanie toalet do potrzeb osób niepełnosprawnych w wybranych obiektach użyteczności publicznej na terenie Powiatu Sztumskiego oraz modernizacja pomieszczeń wydziału ON Starostwa Powiatowego w Sztumie, część …….\*”**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa kontraktowa zamówienia | Nazwa i adres inwestora | Okres realizacji zamówienia | | Wartość wykonanego zamówienia brutto | Zakres robót budowlanych |
| **rozpoczęcie**  (m-c / rok) | **zakończenie**  (m-c / rok) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**UWAGA:** Na potwierdzenie powyższego Wykonawca **zobowiązany jest** załączyć dokumenty zawierające informacje zaświadczające, że roboty te zostały wykonane zgodnie z zasadami sztuki budowlanej i prawidłowo ukończone.

**Uwaga:**

Przygotowany dokument należy podpisać zgodnie   
z zapisami SWZ.

\*) Wpisać numer części , dla której składany jest wykaz. Wykaz należy złożyć **na każdą część osobno**.