*Załącznik nr 3 do SWZ*

*ZP/10/2024*

WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW

(min. 3 dostawy posiłków dla pacjentów podmiotów leczniczych zrealizowane przez Wykonawcę w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, tj. liczonych od dnia 01.01.2021 r. do dnia złożenia oferty, o wartości brutto nie mniejszej niż 200 000,00 zł rocznie każda)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego dostawy zostały wykonane lub są wykonywane | Przedmiot zamówienia | Miejsce wykonywania dostaw | Okres wykonywania dostaw  (od dnia… do dnia…) | Wartość zamówienia brutto w zł |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Uwaga!!!**

Zamawiający wymaga przedstawienia wraz z wykazem dowodów potwierdzających, że wskazane powyżej dostawy zostały wykonane lub są wykonywane 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