Załącznik nr 4 do SWZ

**RI.272.2.2023.DA**

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

# WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW

**spełniających warunek konieczny kwalifikacji Wykonawcy**

**określony w Rozdziale VIII pkt 2.4. SWZ**

**„Zakup urządzenia wielofunkcyjnego laserowego kolorowego w formacie A3”**

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

**UWAGA:** Na potwierdzenie powyższego Wykonawca **zobowiązany jest** załączyć dokumenty zawierające informacje zaświadczające, że dostawy te zostały wykonane należycie.

.....................................

Data

**Uwaga:**

Przygotowany dokument należy podpisać zgodnie
z zapisami SWZ.