

Wykonawca: _____

Adres Wykonawcy: _____

tel.: _____ Fax.: _____

WYKAZ ZREALIZOWANYCH DOSTAW**„Dostawy produktów leczniczych do programów lekowych” – SZZ.251.08.2016.PW**

Wykaz wykonanych dostaw w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, oraz załączeniem dokumentów potwierdzających, że te dostawy zostały wykonane należycie. **Zamawiający wymaga przedstawienia realizacji minimum jednej dostawy odpowiadającej wielkości i zakresowi niniejszego zamówienia.**

Zamawiający nazwa i adres	Nazwa dostaw i lokalizacja - parametry	Wartość dostaw wykonanych w złotych		Termin realizacji	
		Ogółem	W siłach własnych	Rozpoczęcie	Zakończenie

Do wykazu dołączyć dokumenty potwierdzające, że dostawy te zostały wykonane należycie.

.....
 (podpis i pieczęć imienna
 upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)