Załącznik nr 4 do SIWZ

Znak postępowania: MSS-TZP-ZPP-26-10/19

* 1. **WYKAZ DOSTAW**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Warunek, jaki ma spełniać dostawa** | **Opis zamówienia**  | **Data wykonania** (**rozpoczęcia dd/mm/rrrr – zakończenia dd/mm/rrrr**) | **Nazwa odbiorcy/ zamawiającego** | **Nr dokumentu potwierdzającego należyte wykonanie usługi** |
| 1 | **Rozdział IX, lit. A, pkt 3, ppkt 1** | Nazwa zamówienia:………………………………………………………. |  |  |  |
| Dostawa (rozumiana jako jedna umowa) obejmowała specjalistyczny sprzęt medyczny **TAK / NIE\******właściwe zakreślić*** Wartość dostawy (umowy) była nie mniejsza niż 2.000.000,00 zł brutto (słownie: dwa miliony złotych brutto 00/100):**TAK / NIE\******właściwe zakreślić***Wartość dostawy (umowy): ………… |
|  |

**......................, dnia .............. 2019 r.**

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

(data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)