*Załącznik nr 11*

do siwz

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny

 Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Pl. K. Marcinkowskiego 8*/*9

 63-800 Gostyń

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

(pieczęć firmowa – adresowa Wykonawcy)

**WYKAZ DOSTAW**

wykonanych w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – co najmniej 5 (pięciu) dostaw aparatury medycznej analogicznej funkcjonalnie i technicznie z przedmiotem zamówienia do palcówek medycznych wraz z załączeniem dokumentów potwierdzających, że dostawy te zostały wykonane należycie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot wykonanej dostawy samodzielnie** **lub przez podmiot udostępniający doświadczenie** | **Data wykonania dostawy** od (dzień – miesiąc -rok)do (dzień – miesiąc -rok) | **Podmiot, na rzecz którego dostawa została wykonana** (nazwa, adres) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

**Oświadczam, jako upoważniony reprezentant Wykonawcy, że:**

poz. ……… wykazu stanowi doświadczenie Wykonawcy składającego ofertę,

poz. ……… wykazu jest doświadczeniem oddanym do dyspozycji przez inny/inne podmiot/y (na zasadach określonych w art. 22a ust 1 ustawy Pzp), na potwierdzenie czego załączam/my pisemne zobowiązanie tego/tych podmiotu/ów do oddania do dyspozycji swoich zasobów.

..............................., dnia..............................

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

*Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów)*