Załącznik nr 3 do SWZ

*Znak sprawy: 3/ZP/PBN/2023*

**WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW**

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

 (miejscowość, data)

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

 (pieczęć firmowa)

Wykaz dostaw wykonanych w okresie ostatnich trzech lat, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych w wymaganym czasie, polegających na dostarczaniu leków / środków ochrony osobistej / środków opatrunkowych - w okresie minimum 12 miesięcy każda, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie, oraz załączeniem dowodów określających czy te dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie. Przy czym dowodami o których mowa, są referencje lub inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonane lub są wykonywane.

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 trzech miesięcy.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Przedmiot zamówienia | Wartość zamówienia brutto (PLN) | Zamawiający | Termin realizacji(od-do) | W załączeniu dokumenty potwierdzające należyte wykonanie zamówienia-oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem |
| **1.** |  |  |  |  | str. ........................ |
| **2.** |  |  |  |  | str. ........................ |
| **3.** |  |  |  |  | str. ........................ |

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………… r. ….……………………………

 *(Podpis osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy)*