**Załącznik nr 3 do Zapytania**

**WYKAZ WYKONANYCH DOSTAW**

**na potwierdzenie warunku udziału w postępowaniu na dostawę środków ochrony indywidualnej (ŚOI) do wybranych podmiotów leczniczych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot dostawy | Wartość dostarczanych ŚOI | Termin wykonania w formacie: od DD/MM/RR do DD/MM/RR | Podmiot, na rzecz którego dostawy zrealizowano (nazwa/ dane teleadresowe) | Podmiot realizujący dostawy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Do wykazu załączam:

1. Dowody określające, czy te dostawy zostały wykonane należycie\*.
2. Oświadczenie Wykonawcy dot. należytego wykonania wraz z uzasadnieniem braku możliwości przedstawienia dowodów\*

(Jeśli Wykonawca z obiektywnych przyczyn, niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać dowodów na potwierdzenie należytego wykonania)

\*Niepotrzebne skreślić