Załącznik nr 7

**Postępowanie nr DAG/PN/10/18**

**w y k a z**

**min. jedna wykonana, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również zrealizowana dostawa o wartości nie mniejszej niż 350.000,00 zł brutto (w przypadku Części I. Sprzęt medyczny), o wartości nie mniejszej niż 40.000,00 zł brutto (w przypadku Części II. Drobny sprzęt medyczny) oraz o wartości nie mniejszej niż 40.000,00 zł brutto (w przypadku Części III. Meble) w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem jej wartości, przedmiotu, daty wykonania i podmiotu, na rzecz którego dostawa została wykonana\*.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa zamawiającego | Adres zamawiającego | Dzień, miesiąc i rok | | Rodzaj dostawy | Wartość dostawy  ( BRUTTO w zł ) |
| rozpoczęcia realizacji dostawy | zakończenia realizacji dostawy |
| *- 1 -* | *- 2 -* | *- 3 -* | *- 4 -* | *- 5 -* | *- 6 -* | *- 7 -* |
| 1. |  |  |  |  |  |  |

…………………………..……., dnia: …………........…… r. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . …………..

*(miejscowość)* *Uprawniony przedstawiciel wykonawcy –*

*pieczęć z podpisem lub nazwisko i imię*

**\*w przypadku wykonania kilku dostaw nie ma możliwości ich sumowania. Niniejszy wykaz należy stosować oddzielnie dla każdej części (I, II, III).**