**Załącznik nr 9 do SWZ**

Numer referencyjny postępowania**:** **PCZ-SPZPS/PN/T/09/24**

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Zdrowia –**

**Samodzielny Publiczny Zespół**

**Przychodni Specjalistycznych**

**we Włocławku**

**ul. Szpitalna 6 a,**

**87 – 800 Włocławek**

**WYKONAWCA:**

…………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**WYKAZ DOSTAW**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Dostawa tomografu komputerowego z wyposażeniem wraz z adaptacją pomieszczeń**, oznaczenie postępowania: **PCZ-SPZPS/PN/T/09/24**, prowadzonym przez Powiatowe Centrum Zdrowia – Samodzielny Publiczny Zespół Przychodni Specjalistycznych we Włocławku, ul. Szpitalna 6 a, 87 – 800 Włocławek.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia**  **(nazwa)** | **Wartość zamówienia  (w zł)** | **Data wykonania  (od … do….)** | **Podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonane**  **(nazwa, adres, osoba do kontaktu - imię  i nazwisko, telefon)** |
| 1 |  |  |  |  |

**Do wykazu należy załączyć dowody określające, czy wskazane dostawy zostały wykonane należycie.**

*Uwaga!!! Wykaz dostaw należy*

*podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*przez osobę*

*lub osoby umocowane do złożenia*

*podpisu w imieniu Wykonawcy*