Załącznik nr 4 do SWZ

# *WYKAZ WYKONANYCH USŁUG*

**nazwa i adres Wykonawcy,**

**NIP, fax, adres e-mail**

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

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

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

**Zakup i dostawa artykułów medycznych w podziale na 9 pakietów dla Powiatowego Centrum Zdrowia-Samodzielnego Publicznego Zespołu Przychodni Specjalistycznych we Włocławku**

| Lp. | Przedmiot zamówienia, rodzaj | Całkowita  wartość brutto dostawy  w PLN | Termin realizacji | | Nazwa Zleceniodawcy (podmiot na rzecz którego dostawy te zostały wykonane) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data  rozpoczęcia | Data  zakończenia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Dowykazu załączam dowody określające że dostawy te zostały wykonane w sposób należyty, zgodnie z warunkami opisanymi SWZ.

.................................., dnia ………………… 2025 r.

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

Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy