**Załącznik 8 do SWZ**

**Dotyczy postępowania : znak ADP.2301.9.2022** „**Dostawa artykułów medycznych”**

**Wykaz dostaw**

W celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu oświadczamy, że w okresie ostatnich 3 lat przed dniem wszczęcia niniejszego postępowania wykonaliśmy następujące dostawy:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wartość bruttow PLN | Przedmiot zamówienia | Data wykonania(dzień/miesiąc/ rok) | Podmiot na rzecz którego wykonano dostawę  | Uwagi |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |

Do niniejszego wykazu należy załączyć dowody, z których wynika należyte wykonanie,

 ……………………………………………..

 Podpis osoby/osób uprawnionych

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_ \_\_\_ 2022 r.