

Załącznik nr 4 do SWZ	Wykaz dostaw
----------------------------------	--------------

.....
nazwa i adres Wykonawcy

....., dn.2021r.

miejsowość

data

ZAMAWIAJĄCY:

„UZDROWISKO ŚWINOUJŚCIE” S.A.

ul. Feliksa Nowowiejskiego 2

72-600 Świnoujście

W związku ze złożoną ofertą oraz w odpowiedzi na wezwanie Zamawiający skierowane w postępowaniu o udzielenie zamówienia na dostawy pn.: „Dostawy mrożonek” znak sprawy : UŚ/ZP/M/09/2021

Ja/ my niżej podpisany/ podpisani

działając w imieniu

(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców) (w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy(firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)

Oświadczam/ oświadczamy, że Wykonawca zrealizował/realizuje w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, następujące dostawy:

Lp.	Nazwa zadania	Rodzaj i wartość wykonanych/wykonywanych dostaw, wskazanie podmiotu na rzecz, którego dostawy zostały wykonane	Czas (od m-c/rok - do m-c/rok) oraz miejsce realizacji
1 ¹			
2			

_____ dnia _____ 2021 r.

**podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych do
reprezentowania Wykonawcy/ów**

¹ Wykonawca modeluje tabelę, tak aby w tabeli podać wszystkie informacje pozwalające stwierdzić czy Wykonawca spełnia warunki określone w SWZ.