

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

.....
nazwa i adres Wykonawcy

....., dn.2023 r.

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 pieczywa i ciast**” znak sprawy : UŚ/ZP/PC/12/2023

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 współników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)

Oświadczam/ oświadczamy, że Wykonawca zrealizował/realizuje w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia w którym upływa termin 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 _____ 2023 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.