Załącznik Nr 10 do SWZ

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

 Nazwa i adres Wykonawcy

**WYKAZ DOSTAW**

**Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji na „Zakup oprogramowania do obsługi badań/materiału diagnostycznego dla Zakładu Diagnostyki Molekularnej i Zakładu Patomorfologii Nowotworów wraz z serwisem i nadzorem autorskim”,** postępowanie znak: IZP: 2411.110.2025.EP

 potwierdzających spełnienie warunku określonego w rozdz. VIII ust. 2 pkt d) SWZ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot wykonanej/ wykonywanych dostaw, celem wykazania spełnienia warunku. | Wartość dostawy brutto | Data wykonania/wykonywania dostawy(dzień, miesiąc, rok) |  Nazwa podmiotu, na rzecz którego wykonywano dostawy |
| 1. |  |  |  |  |
|  2. |  |  |  |  |

**Do wykazu załączamy wymagane dowody potwierdzające, że dostawy wymienione w wykazie zostały wykonane lub są wykonane należycie.**

 ………………………….…… ……………………..…………

 Miejscowość, data Podpis/y osób/y uprawnionej/ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

UWAGA – Dokument należy załączyć po wezwaniu przez Zamawiającego.