**Załącznik Nr 8 do SIWZ**

**Numer postępowania: MCM/WSM/ZP18/2019**

**Dotyczy postępowania na:Dostawa aparatu do znieczuleń dla Milickiego Centrum Medycznego sp. z o.o.**

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

*........................................................*

*Nazwa i adres Wykonawcy*

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

*Miejscowość, data*

*WYKAZ DOSTAW*

*wykonanych w okresie ostatnich 3lat przed upływem terminu składania ofert*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Rodzaj wykonanych dostaw (przedmiot)* | *Wartość wykonanych dostaw (w zł)* | *Termin wykonania**od - do* *(dzień / miesiąc / rok)* | *Podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonane* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Do wykazu należy załączyć dowody określające czy dostawy te zostały wykonane
lub są wykonywane należycie.**

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

**(podpis osoby upoważnionej**

**do reprezentowania Wykonawcy)**