*Dodatek nr 6 do SIWZ*

Znak sprawy: **………………….**

**Zamawiający:**

**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŃSKICH**

**ulica Gimnazjalna 41 B**

**26-200 Końskie**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………

*nazwa i adres wykonawcy*

**WYKAZ ZAMÓWIEŃ**

wykonanych, w ciągu ostatnich 3 lat, przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie

dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: INFORMATYZACJA ZOZ W KOŃSKICH w ramach projektu: „INFORMATYZACJA PLACÓWEK MEDYCZNYCH WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO”

Wykaz winien potwierdzać spełnienie warunku udziału w postępowaniu, dotyczącego zdolności   
technicznej lub zawodowej, określonego w Rozdziale V SIWZ.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot wykonanej usługi / dostawy** | **Wartość brutto w PLN** | **Data wykonania** | **Nazwa i adres odbiorcy** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**UWAGA:** Do wykazu należy załączyć dowody określające czy te dostawy lub usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy.

........................................... ………...........................................................

Miejscowość, data Podpis/y osoby/osób upoważnionej/ych

do reprezentowania wykonawcy