

WYKAZ DOSTAW

o podobnym charakterze, odpowiadających swoim rodzajem i wartością usługom stanowiącym przedmiot zamówienia – tj. co najmniej 1 dostawę leków stosowanych w programach leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B i C o wartości określonej w rozdz. VII pkt. 1b SIWZ w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie.

L.p.	Przedmiot dostawy	Wartość dostawy	Termin realizacji (data od – do)	Odbiorcy (podmiot na rzecz którego dostawy zostały wykonane)	Dowód czy dostawy zostały wykonane należycie
1.					
2.					
3.					
4.					

.....
Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

W załączeniu poświadczanie potwierdzające, czy dostawy te zostały wykonane należycie.

* W przypadku, gdy Wykonawca będzie polegał na wiedzy i doświadczeniu innych podmiotów zobowiązany jest przedstawić pisemne zobowiązanie (załącznik nr 5a do SIWZ) tych podmiotów do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia.