***Załącznik Nr 5 do SIWZ***

***Wykaz wykonanych dostaw***

***w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku wiedzy i doświadczenia***

(nazwa podmiotu)

### Ja/ My niżej podpisany/ni\*

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reprezentując Wykonawcę t j.

(pełna nazwa i siedziba firmy wykonawcy)

będąc uczestnikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego   
w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo Zamówień Publicznych zwanej dalej „ustawą Pzp” (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 907   
z późn. zm.), na:

***dostawę dwóch ambulansów sanitarnych typ C i trzech ambulansów sanitarnych   
typ A 1.***

Oświadczam(y), że reprezentowana przez nasz firma zrealizowała (rozpoczęła i zakończyła) w ciągu ostatnich 3 *co najmniej* ***1 dostawę*** *- ambulansów sanitarnych zgodnie z normą PN-EN 1789 o wartości minimum 900.000,00 złotych brutto zgodnie z wykazem przedstawionym w tabeli*:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot -**  **rodzaj dostarczonego produktu** | | **Wartość zamówienia wykonanego przez Wykonawcę** | | **Czas realizacji** | | **Nazwa i adres Zamawiającego** |
| **Początek** | **Koniec** |
| **Rodzaj asortymentu** | **ilość** | **netto** | **brutto** |
| ***1.*** | ***2.*** | ***3.*** | ***4.*** | ***5.*** | ***6.*** | ***7.*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

- w załączeniu dowody potwierdzające należyte wykonanie wyszczególnionych w tabeli dostaw.

……………………………. dnia ………2015 r.

……………………………………………………………….

podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy –Dostawcy  
(pieczątki)