**Załącznik nr 5 do SWZ**

**UCSIMS/382/7/24**

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

pieczęć Wykonawcy

dotyczy przetargu nieograniczonego na: **dostawę unitów stomatologicznych**

**WYKAZ DOSTAW**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dostawy**  (zgodnie z warunkiem określonymi w SWZ) | **Wartość dostawy**  (zł brutto) | **Podmiot na rzecz którego została wykonana dostawa** | **Data wykonania/wykonywania dostawy**  (Rozpoczęcie: dd-mm-rr  Zakończenie: dd-mm-rr) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

*Miejscowość, data Podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*