*Załącznik nr 7 do SWZ*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, e-mail w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ZAMÓWIEŃ W OSTATNICH trzech lat**

o podobnym charakterze tj. **dostawy wraz z instalacją** medycznych komór hiperbarycznych o ciśnieniu min. 3 ATA do zakładów opieki zdrowotnej

wraz z dokumentami potwierdzającymi należyte ich wykonanie.

**Oznaczenie sprawy: 16/2021**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa wykonawcy (podmiotu)  wykazującego spełnianie warunku | Nazwa i adres (telefon, mail) zamawiającego  zleceniodawcy | opis zamówienia/informacje potwierdzające spełnianie warunku opisanego w SWZ, | Czas realizacji |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

**Do wykazu należy załączyć dowody (referencje) na każdą pozycję.**

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*