**Załącznik Nr 5 do SWZ**

………………………………………….….……....………..

………………………………………………..…….………..

……………………………………………..……….………..

Nazwa i adres Wykonawcy

**WYKAZ WYKONYWANYCH DOSTAW\***

**Dotyczy: dostawa środków dezynfekcyjnych dla Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. – szpitale w Malborku i Nowym Dworze Gdańskim, nr sprawy: PCZ.ZP.13/2023**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa Zamawiającego** | **Termin wykonywania**  **(od-do)** | **Przedmiot i wartość udzielanych dostaw** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

\* ***należy również załączyć dowód, że ww. dostawy zostały wykonane, lub są wykonywane należycie (np. referencje).***

…………………………………………………

*Data i podpis elektroniczny Wykonawcy*