

ZAMAWIAJĄCY:**Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Białoleka-Targówek**

ul. Tykocińska 34

03-545 Warszawa

Pełna nazwa Wykonawcy/ Wykonawców występujących wspólnie	
NIP	
REGON	
KRS/CEiDG	
Adres Siedziby Wykonawcy	
Osoba upoważniona do reprezentowania Wykonawcy	(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**„Zakup mammografu do Przychodni przy ul. Poborzańskiej 6 dla Samodzielnego Zespołu
Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Białoleka-Targówek”**

WYKAZ DOSTAW
zgodnie z treścią SWZ

Lp.	Przedmiot zamówienia (opis dostaw)	Podmiot, na rzecz którego dostawy zostały wykonane (nazwa i adres)	Wartość zamówienia brutto [zł]	Daty wykonania zamówienia oddo
1				

UWAGA: do wykazu wymaga się załączenia dowodów określających czy te dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie - dowody te opisane są w rozdziale IX. pkt 3 ppkt.6 SWZ

.....
Data; kwalifikowany podpis elektroniczny