***Załącznik nr 6
do SIWZ z dnia 16.09.2020r.***

**Znak sprawy: 26.1.1.2020**

**Zamawiający:**

***Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach***

***ul. Wrzosowa 44***

***25-211 Kielce***

**Wykonawca:**

………………………………….............
……………………………………….....

(pełna nazwa/firma, adres,

w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

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

………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Wykaz dostaw**

wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku dotyczącego zdolności technicznej lub zawodowej
w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania
i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane.

| **L.p.** | **Przedmiot dostawy****(informacje potwierdzające spełnienie warunków określonych w SIWZ)** | **Wartość dostawy****(w zł brutto)** | **Data wykonania****dostawy****(DD/MM/RRRR)** | **Podmiot, na rzecz którego dostawa została wykonana****(nazwa, adres)** | **UWAGI****(np. podstawa dysponowania własne/podmiot trzeci)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Do wykazu dołączamy następujące dowody potwierdzające, że dostawy wymienione w wykazie zostały wykonane należycie:

1. …………………………………………

2. …………………………………………

…………….…….*,*dnia ………….……... r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

*(podpis Wykonawcy)*