**Propozycja/wzór**

**Wykaz dostaw**

**Załącznik nr 6 do IDW**

**Nazwa (firma) oraz adres Zamawiającego**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

ul. Podróżnicza 26/28

53-208 Wrocław

NIP: 894 24 60 800; REGON: 000313331

**Znak postępowania DIN.0420.4.2020**

**,,Dostawa sprzętu i akcesoriów komputerowych dla Wrocławskiego Centrum   
Zdrowia SP ZOZ”**

**WYKAZ DOSTAW**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wartość dostawy brutto** | **Przedmiot  dostawy** | **Okres realizacji dostawy (data rozpoczęcia  i zakończenia)** | **Zamawiający / Odbiorca**  **dostawy (nazwa i adres)** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

Do powyższego wykazu dołączamy następujące dokumenty potwierdzające, że wykazane dostawy zostały wykonane należycie:

* 1. ...............................................................................
  2. ...............................................................................
  3. ...............................................................................

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy