**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