Zał. nr 4

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

 /pieczęć Wykonawcy/

**Oświadczenie**

wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, głównych dostaw lub usług, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy lub usługi zostały wykonane, oraz załączeniem  dowodów, czy zostały wykonane lub są wykonywane  należycie – zgodnie z opisem warunku udziału w postępowaniu zawartym w pkt. VIII Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia

Nazwa i adres Wykonawcy : .................................................................................................................................................

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

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

Przedmiot oferty :

**Dostawa i montaż wyposażenia biurowego i mebli do Zatorskiego Centrum Aktywizacji Zawodowej (w tym Inkubatora przedsiębiorczości) w Zatorze,** zgodnie ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ). *Projekt współfinansowany przez Szwajcarię w ramach Szwajcarsko Polskiego Programu Współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej.*

 Nr procedury DI.271.4.2015

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zamawiający :nazwa i adres | Rodzaj zamówienia i miejsce realizacji | Wartość za którą oferent był odpowiedzialny(tys. zł) | Czas realizacji od - do |
|  |  |  |  |  |

**Uwaga :**

**Do niniejszego wykazu należy dołączyć dowody (dot. przynajmniej 1 dostawy opisanej w punkcie VIII SIWZ) potwierdzające że dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.**

 Data .................................... ..........................................................

 *Podpis osoby uprawnionej*