

.....
(pieczęć Oferenta)

WYKAZ DOSTAW

LP.	RODZAJ DOSTAW*	WARTOŚĆ DOSTAWY (MIN. 100 000,00 zł netto)	OKRES REALIZACJI	ODBIORCA
1				
2				
3				

dn. r.

Miejscowość i data

Imię i Nazwisko**

Podpis**

dn. r.

Miejscowość i data

Imię i Nazwisko**

Podpis**

*- Dostawy powinny być potwierdzone referencjami

** - osoby upoważnione zgodnie z SIWZ