|  |
| --- |
| **Wykaz zrealizowanych w ciągu 24 miesięcy przed upływem terminu składania ofert wniosków o dofinansowanie projektów wraz z załącznikami (z wyłączeniem aktualizacji) z zastrzeżeniem , że co najmniej jeden ze zrealizowanych wniosków o dofinansowanie dotyczył projektu infrastrukturalnego o wartości nie mniejszej niż 9 mln zł** |
| **Lp.**  | **Nazwa podmiotu dla którego realizowano Wniosek** | **Numer KRS podmiotu /lub wpis do Ewidencji Działalności Gospodarczej**  | **Data realizacji projektu** | **Wartość projektu** | **Nazwa realizowanego projektu** |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **(nazwa Wykonawcy/Wykonawców)** | **OFERTA****dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach** |

 Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć Zamawiającemu dokumenty potwierdzające spełnianie warunków, o których mowa wyżej w każdym czasie i na każde wezwanie Zamawiającego**.**

**Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 roku

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)***