

**WYKAZ DOSTAW**  
**PRODUKTÓW LECZNICZYCH**  
 O WARTOŚCI CO NAJMNIJ **50 % WARTOŚCI OFERTY**  
 ( W PRZYPADKU OFERT CZĘŚCIOWYCH – CO NAJMNIJ **50% SUMY CEN OFERT CZĘŚCIOWYCH** )

Lp.	Wartość dostaw brutto	Przedmiot zamówienia	Termin realizacji (od ..... do .....)	Odbiorca	Dokument potwierdzający, że dostawa została wykonana należycie np. referencje: tak*
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8 itd.					

.....  
*Podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy*