**Nr postępowania: ZP/17/2018 Załącznik nr 4 do SIWZ**

………………………………………………..

 Nazwa i adres Wykonawcy

**WYKONANIE PRAC ADAPTACYJNYCH POMIESZCZEŃ WRAZ Z WYMIANĄ DZWIGÓW OSOBOWYCH W BUDYNKU SZPITALA PRZY ULICY MARSZAŁKOWSKIEJ 24/26 W WARSZAWIE**

**NA POTRZEBY SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO KLINICZNEGO SZPITALA OKULISTYCZNEGO**

**DOTYCZY ZADANIA NR ……**

**WYKAZ ROBÓT BUDOWLANYCH**

Na wezwanie Zamawiającego przedkładamy wykaz robót budowlanych[[1]](#footnote-1) w celu oceny spełniania przez wykonawcę warunków udziału w postępowaniu w zakresie niezbędnym do potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu w zakresie, o którym mowa w części VIII SIWZ - Zdolność techniczna lub zawodowa

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj robót budowlanych****(nazwa, krótki opis** **w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania** **warunku)** | **Miejsce wykonania robót budowlanych** | **Daty****wykonania****(od - do)** | **Warść brutto robót** | **Nazwa podmiotu na rzecz, którego roboty budowlane były****wykonane** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| (miejscowość) | (data) |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*podpisy osób/osoby wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo*

1. Wykonawca zobowiązany jest dołączyć dowody określające czy te roboty budowlane zostały wykonane należycie [↑](#footnote-ref-1)