**A.262.1.2024 Załącznik Nr 6 do SWZ**

................................................................................................  
nazwa Wykonawcy/ców

**Wykaz usług**

wykonanych w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, w zakresie niezbędnym do wykazania spełnienia warunku zdolności technicznej lub zawodowej.

Przystępując do prowadzonego przez Gminę Ostrowiec Świętokrzyski- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim postępowania o udzielenie zamówienia pn.

**Świadczenie usług opieki wytchnieniowej na rzecz podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim w 2024 r.** prowadzonego przez **Gminę Ostrowiec Świętokrzyski- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim**

składam Wykaz usług:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i miejsce realizacji, rodzaj, zakres wykonanej usługi** | **Nazwa i adres wykonawcy usługi** w przypadku gdy Wykonawca polegać będzie na wiedzy i doświadczeniu innego podmiotu | **Termin wykonania data rozpoczęcia – data zakończenia** (od dd/mm/rrrr do dd/mm/rrrr) | **Wartość wykonanej usługi brutto [PLN]** | **Nazwa i adres zamawiającego** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Uwaga:**

Do wykazu należy **załączyć** dowody potwierdzające, że usługi zostały wykonane w sposób należyty i prawidłowo ukończone np. referencje.

**Oświadczenie należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osoby uprawnione do reprezentacji podmiotu składającego ten dokument.**