*Załącznik Nr 5*

*do SWZ*

................................................................

*/nazwa Wykonawcy/*

................................................................

*/adres/*

**WYKAZ USŁUG**

**wykonanych lub wykonywanych**

Dotyczy postępowania pn.:

**„ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W 2023 R.”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO (Odbiorcy usługi)** | **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | **WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA BRUTTO**  **(zł)** | **TERMIN REALIZACJI**  **OD… DO ….**  **dd/mm/rr** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**WRAZ Z ZAŁĄCZENIEM DOWODÓW, ŻE WYKAZANE USŁUGI ZOSTAŁY WYKONANE NALEŻYCIE LUB SĄ NADAL WYKONYWANE NALEŻYCIE.**

................................, dnia ................................ ……..............................................................

(podpis elektroniczny Wykonawcy/Pełnomocnika)

**Dokument należy złożyć w postaci elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym – zgodnie ze wskazówkami w SWZ w rozdziale XII.**