*Załącznik Nr 5*

*do SWZ*

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

*/nazwa Wykonawcy/*

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

*/adres/*

**WYKAZ USŁUG**

**wykonanych lub wykonywanych**

Dotyczy postępowania pn.:

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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, opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym – zgodnie ze wskazówkami w SWZ w rozdziale XII.**