**Znak sprawy: WI.271.1.20.2024 Załącznik nr 6 do SWZ**

**Wydział Infrastruktury**

**Urząd Gminy w Inowrocławiu**

|  |
| --- |
| **WYKAZ USŁUG** |
| **Świadczenie usług transportowych  w ramach przewozów dodatkowych na rzecz Gminy Inowrocław  w okresie 01.01.2025 – 31.12.2025** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | ***Rodzaj i zakres rzeczowy zamówienia*** | ***Liczba wozokilometrów*** | ***Data i miejsce wykonania zamówienia*** | ***Nazwa Zamawiającego*** |
| ***1.*** |  |  |  |  |
| ***2.*** |  |  |  |  |
| ***3.*** |  |  |  |  |

**Uwaga:**

* + 1. **Zamawiający będzie brał pod uwagę tylko usługi potwierdzone dokumentem, że usługi zostały prawidłowo ukończone.**
    2. **W tabeli Wykonawca wymieni usługi zgodne z treścią i wymaganiami SWZ.**

*Miejsce i data ……………………………………… ……………………………………………………………………………………..*

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*