Załącznik nr 9 do SWZ   
**Wykonawca:**

……………………………………………………………………….…………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**WYKAZ USŁUG**

*na potrzeby postępowania pn.*

**Usługi przewozu osób z niepełnosprawnościami na terenie miasta**

**Gorzowa Wielkopolskiego.**

[BZP.271.40.2024]

*Oświadczam, że wykonałem nie wcześniej niż w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, usługę w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku zdolności technicznej lub zawodowej zgodnie z poniższym wykazem:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa zamówienia;***  ***Zakres zamówienia*** | ***Data i miejsce wykonania*** | ***Okres trwania usługi*** | ***Podmiot, na rzecz którego wykonano usługę*** |
| *1* | *Nazwa zamówienia: ……………………….…………….………………….…….*  *Usługa polegała na:  przewozie osób z niepełnosprawnościami* |  |  |  |

*Do wykazu należy* ***załączyć dowody*** *określające czy usługa została wykonana należycie, zgodnie z przepisami prawa i prawidłowo ukończona. ( patrz Rozdział X pkt.4.4 lit. B SWZ)*

***UWAGA!***

*Wypełniony dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.*

*Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.*