**Załącznik nr 4 do SWZ**

Zamawiający:

Ośrodek Pomocy Społecznej w Stęszewie

ul. Poznańska 11, 62-060 Stęszew

**Wykonawca:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** |  |
| **Adres Wykonawcy** |  |
| **Numer NIP/PESEL, KRS/CEIDG** |  |
| **Telefon** |  |
| **e-mail** |  |

WYKAZ USŁUG

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn*. „Świadczenie usług opiekuńczych na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania na terenie miasta i gminy Stęszew od dnia 01.01.2024r. do 31.12.2024r.”* oświadczam/my celem potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu określonych w SWZ, że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonaliśmy następujące usługi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data wykonania (od… do…)** | **Przedmiot zamówienia** | **Wartość usługi (brutto)** | **Nazwa, adres podmiotu na rzecz którego usługa była wykonywana** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |

W załączeniu dokumenty potwierdzające, że usługi wymienione powyżej zostały wykonane należycie oraz dowody potwierdzające zrealizowane usługi na kwoty i w okresach podanych w SWZ.

……………………………….. …………………………………………

Miejscowość, data podpis Wykonawcy/ osoby upoważnionej

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub**

**podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**