*Załącznik Nr 5*

*do SWZ*

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

*/nazwa Wykonawcy/*

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

*/adres/*

**WYKAZ USŁUG**

**wykonanych lub wykonywanych a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy lub usługi zostały wykonane lub są wykonywane, oraz załączeniem dowodów określających, czy te dostawy lub usługi zostały wykonane lub  
są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego dostawy lub usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli wykonawca z przyczyn niezależnych od niego nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie wykonawcy; w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wystawione w okresie ostatnich 3 miesięcy;**

Dotyczy postępowania pn.:

**Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi wykonywanych w miejscu zamieszkania na terenie Gminy Kikół**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)