Załącznik nr 9A do SWZ

**WYKAZ USŁUG**

Nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………………………………..

reprezentowany przez: ………………………………………………………………………………………….

 (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Przystępując do prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Iławie postępowania o udzielenie zamówienia pn. **„Świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej”** podajemy wykaz usług odpowiadających charakterem przedmiotowi tego zamówienia tj. świadczenia usług dla osób, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy osób „trzecich”, wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, trwających nieprzerwalnie przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy o wartości nie mniejszej niż 950.000 zł brutto jedna usługa.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis usługi zawierający określone przedmiotu zrealizowanej lub realizowanej usługi  | Data realizacji usługi od (dd/mm/rrrr) do (dd/mm/rrrr) | Czas trwania (podać liczbę pełnych miesięcy) | Wartość zamówienia (PLN brutto) | Nazwa Zamawiającego/ Zleceniodawcy/Adres |
| 1. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

**Uwaga!** Do wykazu należy dołączyć dowody potwierdzające, że usługi te zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

Dowodami są:

* referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są nadal wykonywane
* poświadczenie, z tym że w odniesieniu do nadal wykonywanych usług okresowych lub ciągłych poświadczenie powinno być wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert,
* oświadczenie Wykonawcy – jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać poświadczenia, o którym mowa powyżej.

Przy czym umowa nie jest dowodem należytego wykonania usługi.

Miejsce i data: ............................................

Załącznik nr 9B do SWZ

**WYKAZ USŁUG**

Nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………………………………..

reprezentowany przez: ………………………………………………………………………………………….

 (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Przystępując do prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Iławie postępowania o udzielenie zamówienia pn. **„Świadczenie usług opieki wytchnieniowej”** podajemy wykaz usług odpowiadających charakterem przedmiotowi tego zamówienia tj. świadczenia usług dla osób, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy osób „trzecich”, wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, trwających nieprzerwalnie przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy o wartości nie mniejszej niż 200.000 zł brutto jedna usługa.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis usługi zawierający określone przedmiotu zrealizowanej lub realizowanej usługi  | Data realizacji usługi od (dd/mm/rrrr) do (dd/mm/rrrr) | Czas trwania (podać liczbę pełnych miesięcy) | Wartość zamówienia (PLN brutto) | Nazwa Zamawiającego/ Zleceniodawcy/Adres |
| 1. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

**Uwaga!** Do wykazu należy dołączyć dowody potwierdzające, że usługi te zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

Dowodami są:

* referencje bądź inne dokumenty sporządzone przez podmiot, na rzecz którego usługi zostały wykonane, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych są nadal wykonywane
* poświadczenie, z tym że w odniesieniu do nadal wykonywanych usług okresowych lub ciągłych poświadczenie powinno być wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert,
* oświadczenie Wykonawcy – jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać poświadczenia, o którym mowa powyżej.

Przy czym umowa nie jest dowodem należytego wykonania usługi.

Miejscowość i data: ............................................