Załącznik Nr 1d do SWZ

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego

**Świadczenie Specjalistycznych Usług Opiekuńczych dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w miejscu ich zamieszkania**

oświadczam/my, w celu potwierdzenia spełniania wymagań określonych w rozdziale IX ust. 5 pkt 4 SWZ, że w okresie ostatnich 4 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie wykonaliśmy następujące usługi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa postępowania  | Wartość zamówienia (umowy) brutto | Miejsce i data wykonaniadd.mm.rrrr – dd.mm.rrrr | Nazwa Zamawiającego |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Na potwierdzenie powyższego załączamy następujące dokumenty:

1) .........................................................................................................................................................................

2) .........................................................................................................................................................................

3) .........................................................................................................................................................................

…….............................................................................................

 kwalifikowany podpis elektroniczny / podpis zaufany /

 podpis osobisty Wykonawcy lub upełnomocnionego

 przedstawiciela Wykonawcy