**Załącznik 2 do Zapytania Ofertowego Nr GOPS.26.25.2022**

……………………….., dnia ………………….

**WYKAZ USŁUG**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świlczy** zwanym dalej „Zamawiającym"

Świlcza 168, 36-072 Świlcza

tel. (17) 8670144; (17) 8670170

e-mail: [gops.swilcza@intertele.pl](mailto:gops.swilcza@intertele.pl)

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

Przystępując do zapytania ofertowego na**: Dostawę „opasek bezpieczeństwa”- urządzeń do świadczenia usługi opieki na odległość na rzecz osób starszych - mieszkańców Gminy Świlcza powyżej 65 roku życia oraz świadczenie usługi obsługi systemu polegającego na sprawowaniu całodobowej opieki na odległość nad seniorami przez centrum monitoringu**

**Przedkładam Wykaz usług:**

Zamawiający uzna ww. warunek za spełniony, jeżeli Wykonawca w przeciągu ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert (a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie): **należycie wykonał co najmniej 2 usługi polegające na świadczeniu usług teleopieki w zakresie dostarczenia opasek do teleopieki /opasek „bezpieczeństwa” i usługi teleopieki w systemie 24/h, 7 dni w tygodniu, przez co najmniej 6 miesięcy, świadczonej jednocześnie dla co najmniej 50 osób – dla każdej wykonanej lub wykonywanej usługi oddzielnie.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot usługi  (wraz z krótkim opisem)** | **Daty wykonania usługi**  ***(daty rozpoczęcia i zakończenia***  ***wykonywania usługi w formacie: dd-mm-rrrr)*** | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

**Uwaga:**

1. Należy powielić wiersze w powyższej tabeli i wypełnić tyle razy, ile jest potrzebne.
2. **Do niniejszego wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające należyte wykonanie usług (np. referencje, poświadczenia, protokoły odbioru itp.).**

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………*  *(miejscowość i data)* | *……………………………………………*  *(podpis osób(-y) uprawnionej do składania oświadczenia woli w imieniu wykonawcy)* |